

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N 39

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

KONG HAN-MEI

Né le 23 Février 1904, à Shanghai

Diagnostic & Traitement
de
l'Appendicite Aiguë

Président de Thèse : M. OMBRÉDANNE, Professeur

LES PRESSES MODERNES
45, RUE DE MAUBEUGE
PARIS

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

KONG HAN-MEI

Né le 23 Février 1904, à Shanghai

Diagnostic & Traitement **de** **l'Appendicite Aiguë**

Président de Thèse : M. OMBRÉDANNE, Professeur

LES PRESSES MODERNES

45, RUE DE MAUREUGE

PARIS

1931

I. — PROFESSEURS

Le Doyen M. BALTHAZARD.

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	N...
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÈPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie ...	MAURICE VILLARET
Clinique médicale	CARNOT.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	BEZANÇON.
Clinique des maladies des enfants	ACHARD.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Marcel LABBÉ.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEREBOULLET.
Clinique des maladies du système nerveux ..	NOBECOURT.
Clinique des maladies infectieuses	H. CLAUDE.
Clinique chirurgicale	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	TEISSIER.
	DELBET.
	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE,

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie médicale	BENARD Henri.
Physiologie	N...
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Pathologie médicale	BRULE.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HARVIER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique	LABBE (Henri).
Pathologie médicale	LAROCHE Guy.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Anatomie Pathologique	HUGUENIN,
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Pathologie mentale	LIAN.
Pharmacologie	HAZARD
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Anatomie Pathologique	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Physiologie	RICHT Fils.
Dermatologie et syphiligraphie	SEZARY.
	(Pasteur)
Pathologie médicale	VALLERY-RADOT.
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophthalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Obstétrique	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pharmacologie	BUSQUET.
Obstétrique	GUENIOT.
Obstétrique	LEQUEUX.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTÉTERER
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.
ABRAMI.....	Clinique médicale	BASSET.....
CHIRAY.....		CHEVASSU....
DEBRE.....		HEITZ-BOYER
DUVOIR.....		MATHIEU.....
FIESSINGER..		MOCQUOT
LAIGNEL-	chirurgicale	PROUST.....
LAVASTINE		SCHWARTZ...
		LE LORIER...

MM.

LEVY-SOLAL.....	Clinique obstétricale
METZGER.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage d'affection et de tendre reconnaissance.

A MES FRÈRES

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANNE

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades
Officier de la Légion d'Honneur

Que nous remercions vivement et respectueusement de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider cette Thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT DUPONT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Ancien Chef de Clinique de la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien de l'Hôpital de Nantes

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a guidé dans ce travail et nous a
confié ses observations.*

*Qu'il veuille bien accepter ce témoignage de
toute notre reconnaissance et de notre res-
pectueuse gratitude.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE SHANGHAI (UNIVERSITÉ L'AUORE)

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES DE L'INSTITUT D'HYGIÈNE

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études et à la veille de quitter la France, nous exprimons notre vive reconnaissance et nos meilleurs remerciements tant à la France qu'à la Faculté de Médecine de Paris, où nous avons trouvé pendant notre long séjour, la plus large hospitalité et tous les moyens de travailler sans aucune distinction entre nous et nos camarades français.

Mais tout particulièrement nous adressons nos plus respectueux remerciements à l'Eminent Maître Monsieur le Professeur OMBRÉDANNE, pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre Thèse.

Nous remercions chaleureusement Monsieur le Docteur Robert DUPONT qui nous a reçu et nous a toujours aidé en nous prodiguant ses précieux conseils; qu'il nous permette d'exprimer ici, bien insuffisamment à notre gré, notre profonde gratitude et notre respectueuse affection.

INTRODUCTION

Il semble que tout ait été dit et écrit sur le traitement et le diagnostic de l'appendicite aiguë. Nous devrions nous excuser d'avoir choisi un sujet aussi banal pour notre Thèse inaugurale si nous n'avions pas eu à notre disposition cent quarante observations provenant de la pratique d'un même chirurgien.

Le Docteur Robert DUPONT ayant bien voulu nous confier ses observations d'appendicite aiguë recueillies depuis plus de dix ans, tant dans sa pratique privée, que dans son service de l'hôpital de Nantes, nous avons pensé qu'il était intéressant de publier les résultats fort beaux qu'il a obtenus, grâce à une technique variable dans ses détails, mais procédant toujours d'un même principe.

Dans un premier chapitre, nous étudierons le diagnostic de l'appendicite aiguë en nous basant surtout sur nos lectures, mais dans notre second chapitre consacré au traitement, nous ne nous appuierons que sur nos observations. Aussi ne citerons-nous à peu près aucun nom. Nous pensons, en effet, qu'un grand nombre de points de technique n'ont jamais été précisés et ce sont ces points de détail que nous nous efforcerons de mettre en relief. Nous les préciserons le plus clairement possible car c'est à leur application que sont dûs les succès des interventions que nous rapportons.

La question du drainage nous occupera ensuite spécialement et nous espérons montrer, en dehors de toute théorie et uniquement par l'examen des faits, combien celui-ci doit être réduit.

Diagnostic de l'Appendicite aiguë

LES SYMPTOMES DE L'APPENDICITE AIGUE

L'appendicite. C'est bien toujours « la grande maladie abdominale » comme le disait DIEULAFOY. La gravité de l'appendicite aiguë dépend de la virulence des agents microbiens et de la résistance tant générale que locale de l'organisme.

Le salut du malade dépend du diagnostic précoce, d'où le traitement appliqué à temps. Il est donc très important de connaître à fond la symptomatologie de l'affection.

L'appendicite aiguë, dans sa forme classique, est aussi simple à diagnostiquer que la pneumonie fibreuse (Talamon). Mais il y a des appendicites qui s'éloignent beaucoup de la forme classique.

Nous voudrions, dans ce travail, grouper ces formes et donner des directions capables de permettre de poser un diagnostic exact d'où dépendra le salut de nos malades.

Nous allons d'abord exposer les principaux symptômes de la maladie, ce qui constitue le diagnostic positif.

Nous discuterons ensuite leur valeur réciproque et nous montrerons comment leur groupement, plus ou moins variable, naissent certaines formes cliniques. Les symptômes pouvant être communs à plusieurs maladies, nous les discuterons, et nous nous efforcerons de discerner leurs caractères spéciaux dans l'affection qui nous occupe, ce qui constitue le diagnostic différentiel.

CHAPITRE PREMIER

I. — DIAGNOSTIC POSITIF

A) SIGNES GÉNÉRAUX.

Voyons les signes généraux. Ce sont la température et le pouls qui nous renseignent le plus fidèlement, et nous fournissent les indications les plus précises sur la marche des accidents appendiculaires.

a) POULS.

Au début, dans la forme classique, le pouls conserve les caractères du pouls fébrile, c'est-à-dire accéléré, mais plein et régulier.

Les courbes du pouls et de la température gardent à ce moment leur parallélisme dont la signification pronostique et diagnostique est capitale. La fréquence et la petitesse du pouls sont quelquefois les seuls signes révélateurs d'une aggravation brusque.

L'accélération du pouls commande l'intervention immédiate.

L'hypotension vasculaire, quelle que soit la forme du pouls, est au même titre que la dissociation du pouls et de la température, signes de toxi-infection.

D'après M. le Professeur VINCENT, quand le pouls est régulier, plein, concordant avec la température, l'appendicite est catharrale simple. Dans l'appendicite avec péritonite circonscrite et formation d'abcès, le pouls reste encore régulier, fort et en harmonie avec la température. Mais, s'il y a une discordance très accentuée entre le pouls et la température,

l'état général s'aggrave et on peut craindre une généralisation de la péritonite. Quelquefois, on voit la bradycardie au cours de l'appendicite aiguë, surtout au moment de la période de résorption du phlegmon péri-appendiculaire. C'est un phénomène régulier, donc le pouls lent ne saurait être considéré comme un signe défavorable au point de vue de pronostic.

b) TEMPÉRATURE.

La température dans l'appendicite aiguë est très variable, mais, en général, le début de la crise est toujours marqué par une élévation thermique brusque, dépassant en général 39°.

On ne peut juger, au début, d'après la température que la maladie aura une évolution sévère ou non. Quelquefois, des appendicites graves évoluent sans dépasser 38-39° ou même en laissant la température à 37°.

Mais la discordance du pouls et de la température indique, presque à coup sûr, la tendance de la péritonite à se généraliser; lorsqu'elle apparaît dès le début, quelque atténués ou obscurs que puissent être les autres signes, on peut affirmer que la péritonite est diffuse d'emblée.

Dans l'appendicite avec péritonite localisée suppurée ou non, on voit la température oscillante, rémittente avec exacerbations vespérales.

Dans la forme classique, la température tombe au bout des trente-six premières heures, elle descend en lysis. Après chute, une phase ascensionnelle nouvelle, indique la formation du pus. Dans les cas graves, la température reste constamment élevée en plateau.

En conclusion, nous pouvons dire que la température

et le pouls sont au premier plan du tableau symptomatique de gravité ou de bénignité. Ils sont les plus constants et les plus fidèles de tous les signes.

Toutefois, ils doivent cadrer avec les signes fonctionnels que nous allons maintenant étudier.

B) SIGNES FONCTIONNELS.

a) DOULEUR.

La douleur spontanée est habituellement la manifestation annonciatrice de la crise ; elle se manifeste sous deux formes.

1  Douleur brutale.

La douleur appar it brusquement en pleine santé, bruyante, parocystique comme un coup de poignard.

Elle peut siéger d'emblée au niveau de l'appendicite ; mais elle est fréquemment diffuse sans siège électif, ce qui serait un symptôme de gangrène appendiculaire.

Cette douleur brutale serait rare pour le Docteur DIEU-LAFOY. Plus habituellement, elle présente des caractères moins intenses.

2  Douleur moyenne.

C'est d'abord une sensation de poids à l'épigastre ou dans la fosse iliaque droite, ou autour de l'ombilic ; ce n'est qu'au bout de quelques heures que la douleur se localise au niveau de l'appendice, sous la forme d'une sensation de tension, de pesanteur. Elle augmente si le traitement n'intervient pas.

Elle s'irradie surtout à l'épigastre, autour de l'ombilic.

Elle s'irradie aussi en haut, vers le foie, en bas vers la région inguinale, la racine de la cuisse droite, spécialement au niveau de l'insertion de *de* *ps* *oas* sur le petit trochanter, en arrière vers la fosse lombaire.

b) TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX.

Les troubles gastro-intestinaux succèdent à la douleur. Ils consistent surtout en nausées, en vomissements, en constipation, en diarrhée plus rarement.

Les nausées et les vomissements apparaissent quelquefois avant la douleur.

Les vomissements, d'abord alimentaires, puis muqueux et biliaires. Les vomissements d'emblée biliaires et incoercibles prouvent que l'appendicite est grave. Ils cessent dans la forme classique, après trente-six heures à quarante-huit heures avec les autres symptômes ; mais si la lésion s'aggrave, ils se renouvellent et peuvent devenir incoercibles. Ils ne sont alors influencés par aucune médication.

La constipation accompagne souvent les vomissements. Le malade ne rend plus par l'anus, ni les matières ni le gaz ; cette suppression des fonctions intestinales est due à la paralysie réflexe du gros intestin (Talamon).

Cependant, souvent on voit des selles diarrhéiques au lieu de constipation, chez les malades qui ont le précédent de l'entéro-colique ou muco-membraneuse.

La tranchée cholériforme tenace, la tranchée banale au début, est un symptôme grave et doit faire craindre un pronostic grave.

C) SIGNES PHYSIQUES.

a) INSPECTION.

Faciès : Bon en général à l'appendicite simple ; anxieux

et grippé en cas d'appendicite grave : sueur profuse, nez pincé, yeux creusés et cerclés de noir, visage excavé, les extrémités violacées, froides. Le malade, couché sur le dos, les cuisses à demi-fléchies, ne se remue qu'avec peine.

La respiration est courte, dyspnéique. Immobilisation de la respiration diaphragmatique (DELBET).

La langue saburale, couverte d'un enduit sale, dans le cas simple.

Elle est rouge vif ou rosée dans le cas grave.

b) PALPATION.

Nous trouvons ici la tirade symptomatique de DIEU-LAFOY :

- 1° Douleur provoquée au point de Mac BURNEY ;
- 2° Défense musculaire ;
- 3° *Hyperesthésie*.

Voyons ces symptômes de plus près :

1° Douleur à la pression : c'est un signe de tout premier ordre. Elle situe le plus souvent au point de Mac BURNEY, c'est-à-dire au niveau de la ligne qui s'étend de l'épine antéro-supérieure droite à l'ombilic. Mais, étant donné le déplacement possible de l'appendice, l'absence de douleur au point de Mac BURNEY ne peut écarter le diagnostic d'appendicite. Nous y reviendrons au point de vue du diagnostic différentiel. Signalons également le point de LONZ et le point de MORRIS qui ont une importance accessoire.

2° *Défense musculaire*. — Quand on palpe le ventre d'un malade atteint d'appendicite, on provoque une défense musculaire, exclusivement localisée au niveau de la fosse iliaque droite, au devant du cæcum, lorsque l'appendice est en position classique.

Mais cette défense musculaire peut siéger en d'autres endroits si l'appendice occupe une autre place.

3° *Hyperesthésie cutanée*. — La peau, siégée au-dessus de l'appendice, présente une sensibilité très vive; on peut la provoquer par simple effleurement de la peau. C'est plutôt de l'hyperexalgésie que de l'hyperesthésie.

C'est un signe précoce qui ne persiste que peu de jours.

En dehors de tride symptomatique de DIEULAFOY, nous avons encore les autres symptômes moins importants.

Par exemple : la disparition de réflexe cutané abdominal du côté droit dans l'appendicite aiguë, est probable, c'est M. le Professeur SICARD qui a attiré l'attention sur l'existence de ce phénomène.

Par exemple le signe de BLUMBERG, c'est un signe de la douleur par décompression; il apparaît au début de l'appendicite aiguë et donne de grands services, quand on ne trouve pas les autres signes. Il s'obtient en exerçant avec la main une pression lente, mais énergique, au point de Mac BURNEY, puis en retirant brusquement la main, on détermine ainsi un échappement de la paroi abdominale, mouvement dans lequel le péritoine est entraîné; s'il y a de l'appendicite, on obtient, par cette méthode, une sensation douloureuse accusée.

La palpation profonde est rarement praticable à cause de la défense musculaire. On pourra cependant recourir à la méthode d'OBRASTZOU, c'est-à-dire on applique l'éminence thénar gauche et le bord radial du pouce sur le grand droit, en dedans de la fosse iliaque; appuyer peu à peu, au bout de quelques minutes, la paroi cède en dehors, et vous pouvez la déprimer et pratiquer l'exploration profonde.

Marche et Evolution

Nous savons que, dans l'appendicite aiguë classique, la douleur de fosse iliaque droite, symptôme initial, la température, la tachycardie, la constipation cèderont les uns et les autres au bout de quatre ou cinq jours : quelquefois la température tombe en lysis. Cependant la sensibilité de la fosse iliaque droite reste sensible au moins pendant quinze jours.

Si l'évolution marche vers la péritonite circonscrite, en formant abcès, nous aurons la température oscillante, le pouls rapide, le plastron devient fluctuant, les veines cutanées sont dilatées et saillantes.

La douleur sera plus supportable. L'urine est rare.

Lorsqu'on n'intervient pas à ce moment, l'évolution de l'infection devient plus sombre ; la péritonite généralisée est à craindre. Quelquefois aussi la péritonite vient d'emblée par la perforation ou par nécrose de l'appendice.

Quand la péritonite est constituée, la douleur atteint une grande intensité, le ventre se ballonne et se tend (*ventre en bateau*), les vomissements deviennent porracés fécaloïdes. Discordance de la température et du pouls. Quelquefois hypothermie, diarrhée au lieu de constipation, faciès grippé, respiration accélérée, superficielle, surtout immobilisation du diaphragme.

FORMES CLIVIQUES

Les symptômes se modifient suivant la position de l'appendice, suivant l'âge du malade ; ils nous égarent beaucoup dans certains cas.

1° *L'appendicite rétro-cæcale.*

C'est une des formes les plus difficiles à diagnostiquer.

Le pus se collecte derrière le cæcum soit dans le péritoine, soit dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de la fosse iliaque, ou de la région lombaire. Elle peut donner le change avec un phlegmon péri-néphrétique à cause de l'indolence de la fosse iliaque droite et des douleurs lombaires irradiées dans le domaine du crural et quelquefois accompagnées de flexion et de rotation externe de la cuisse par psoïtis.

2° *Appendicite pelvienne.*

Elle est caractérisée par la fréquence des troubles urinaires, du tenesme rectal.

Il n'y a pas de douleur exquise sur la paroi de la fosse iliaque droite.

Le toucher rectal ou vaginal donnera, dans ces cas, la clef du diagnostic.

3° *Appendicite aiguë à gauche.*

La fosse iliaque droite est indemne. Il faut noter principalement que l'appendicite à gauche est plus souvent le point de départ des péritonites généralisées d'emblée et foudroyantes.

4° *Appendicite chez l'enfant.*

Elle est plus grosse que celle de l'adulte ; car l'organisme de l'enfant résiste mal à l'intoxication. Sa dissociation du pouls et de la température est fréquente, la réaction générale est absente, le ballonnement du ventre et les vomissements sont rares.

5° *Appendicite chez les vieillards.*

Les gens âgés sont rarement atteints de cette maladie.

Quand elle se produit on la confond souvent avec *l'occlusion intestinale* qui est fréquente chez les vieillards.

6° *Appendicite et grossesse.*

L'appendicite est aggravée par l'état de gravidité; l'état général résiste mal et la position de l'appendice située plus haut a plus de chance de déterminer une péritonite généralisée.

La grossesse est aussi influencée par l'appendicite qui provoque soit l'avortement, soit l'accouchement prématuré.

Cependant, il faut ajouter que la matrice gravide ne peut être considérée en aucune façon comme le facteur provocateur d'une crise d'appendicite primaire. Elle ne peut jouer un rôle qu'en réveillant une appendicite existant antérieurement.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Nous savons que la période de début de l'appendicite aiguë est caractérisée par les signes essentiels suivants : douleur, contraction hyperesthésie cutanée et troubles du tube digestif.

La douleur abdominale occupe le premier plan des symptômes; nous aurons à les distinguer des nombreuses affections abdominales qui sont caractérisées par les douleurs d'apparition brusque.

Il faut étudier le diagnostic dans deux catégories distinctes suivant que la douleur prédomine ou que les troubles de l'état général atténuent l'élément douleur dans le tableau clinique.

A) Parmi les douleurs abdominales simulant la crise appendicitaire, citons d'abord les coliques, puis les douleurs siégeant en haut, comme la perforation stomacale, duodénale, etc... puis les douleurs siégeant en bas comme la colique utérine et ovarienne.

A la fin nous parlerons des douleurs siégeant au milieu, c'est-à-dire l'occlusion et le valvulus.

I. — GROUPE COLIQUE.

1° Colique hépatique.

Douleur fugitive, à siège électif dans l'hypocondre droit ou dans le creux épigastrique. Elle s'irradie vers l'épaule droite. La fièvre est absente, du moins le premier jour. Le

pouls est ralenti. L'ictère s'accompagne d'une coloration foncée des urines vers le deuxième jour. Lypothymie avec vomissement. L'erreur de diagnostic ne se présente que dans le cas de l'appendicite sans hépatique ou de l'appendicite rétro-cæcale élevée.

Dans ces deux derniers cas, en effet, il y a concomittance de colique vésiculaire.

2° *Colique néphrétique.*

On les distingue de l'appendicite aiguë par l'absence habituelle de température, de tachycardie. Les douleurs immobilisent souvent la moitié droite du diaphragme; elles s'irradient vers le pli de l'aîne et le testicule. La localisation précoce au point de Mac BURNEY manque. La douleur persiste malgré l'application de glace sur la région iliaque droite.

La notion des antécédents, spécialement la notion d'une émission d'urine uratique et sablonneuse précise le diagnostic.

Malgré tous ces moyens de contrôle, la confusion de l'appendicite rétro-cæcale est plus fréquente avec la colique néphrétique qu'avec la colique hépatique, d'autant plus que l'appendicite peut adhérer au rein et à l'uretère, et provoquer par lui-même de la néphralgie et des hématuries.

3° *Colique intestinale ou indigestion simple.*

Si la douleur d'appendicite est peu vive, les troubles digestifs prédominent; et rappellent une simple colique intestinale; la confusion avec une indigestion est presque fatale. C'est, en effet, le plus souvent à la suite d'un repas copieux ou de quelque excès que l'appendicite éclate brusque-

ment. Le premier effet de la douleur intestinale est de faire restituer au malade les aliments contenus dans l'estomac.

En fait, c'est bien par une indigestion que s'ouvre la scène morbide. Le point délicat est de distinguer d'une indigestion simple, cette indigestion symptomatique d'une affection parfois mortelle dans les quarante-huit heures.

Cependant, les phénomènes d'une simple indigestion ne se prolongent pas d'ordinaire au delà de quelques heures.

Les vomissements soulagent le malade ; pas de température, ni tachycardie. Donc si, en voyant les accidents persister, la douleur se localiser à la pression, le ventre se ballonner, le faciès se gripper, on devra songer à l'appendicite aiguë.

4° *Colique saturnine.*

Ici nous avons les antécédents précis, le liseré de BUSTON, le tremblement saturnin, le ventre dur, rétracté, sans douleur appréciable au point de MAC BURNEY. Il n'y a pas de vomissements, ni de température, ni d'accélération du pouls.

II. — DOULEUR AU SECOND PLAN.

1° *Crise gastrique du tabès.*

Il y a les signes co-existants : douleur fulgurante en ceinture, dans les membres inférieurs, troubles des réflexes rotuliens, signe d'argyrol ROBERSON, absence de réaction thermique, de tachycardie, hyperalbuminurie dans le liquide céphalo-rachidien ; réaction de Bordet-Wassermann et de benjoin colloïdal positives.

2° *Rhumatisme articulaire aigu.*

Au début de l'affection, on peut trouver quelquefois la

douleur abdominale, mais le lendemain, les douleurs articulaires apparaissent, d'ailleurs elles sont calmées par le salicylate de soude.

III. — DOULEUR SIÈGEANT EN HAUT.

1° *Ulcère perforé.*

L'ulcère d'estomac et du duodénum est précédé, en général, par des crises douloureuses plus ou moins accentuées, de sensations de broche perforante; hémorragies préalables.

La douleur brutale transfusante vraie se rencontre surtout dans les perforations gastriques ou duodénales.

L'intensité de cette douleur est plus vive que dans l'appendicite.

Le maximum de douleur siège à l'épigastre ou à l'hypocondre droit. Le visage est tiré, couvert de sueur, très anxieux; voix éteinte.

Respiration haletante, rapide; le diaphragme est rapidement immobilisé. Le ventre en bois, vomissements rares.

Le pouls reste au-dessous de 100 pendant les premières heures.

La matité hépatique disparaît parfois précocement.

2° *Pancréatite aiguë.*

Les pancréatites hémorragiques ou gangréneuses diffèrent de l'appendicite par la douleur siégeant dans le triangle pancréatique de DESJARDINS, par une cyanose habituelle de la peau, par des taches violacées, livides surtout à la face. Elle apparaît surtout chez les malades ayant un passé hépatique.

3° *Cholécystite.*

Nous avons ici les troubles antécédents : coliques hépatiques, gonflement et douleur de la vésicule.

La douleur se localise à la région vésiculaire, le ballonnement est moins rapide.

IV. — *DOULEUR SIÈGEANT AU MILIEU.*

1° *Volvulus cæcal et occlusion mécanique.*

Dans le volvulus, la douleur atteint d'emblée son ponctiforme.

Elle perd le caractère d'une torsion violente et évolue par accès que séparent des accalmies, pendant lesquelles le malade n'accuse plus qu'une sensation de plénitude de la fosse iliaque.

La palpation superficielle et la pression profonde sont indolores.

La douleur, influencée par la glace, cède souvent à l'emploi de calmants par voie rectale. Elle est surtout calmée ou influencée par le changement de position du sujet en se couchant sur le côté droit. Dans l'appendicite, on ne trouve pas ce signe.

Les vomissements sont rares dans le volvulus ; la température reste voisine de la normale, tandis que le pouls dépasse 100. Cette dissociation est rare dans l'appendicite aiguë sauf dans la forme de l'appendicite perforante d'emblée. Le péritaltisme localisé est visible dans le volvulus. Il n'y a pas de polynucléose sanguine dans le volvulus et l'occlusion intestinale.

V. — *DOULEUR SIÈGEANT EN BAS.*

Le diagnostic est fort difficile avec les annexites comme

les kystes de l'ovaire compliqués, certaines complications liées à l'évolution d'une grosse tubaire.

a) Les annexites sont souvent bilatérales; pertes blanches abondantes où on a pu déceler le gonococcique d'accidents d'accouchement et de fausse-couche.

b) Les kystes de l'ovaire tordus. Il est généralement facile à diagnostiquer, dans les premiers jours qui suivent l'écllosion des accidents, de reconnaître l'existence du kyste par le toucher vaginal, combiné au palper abdominal.

c) L'hématocèle se diagnostique par l'arrêt des règles qui la précède et l'existence de pertes sanguinolentes de couleur sépia.

d) *Coliques utérines et ovariennes* : Les jeunes filles et les jeunes femmes qui ont des dysménorrhées présentent quelquefois des douleurs sourdes irradiées de la région lombo-sacrée. Ces douleurs apparaissent un ou deux jours avant l'apparition des règles; une fois le flux menstruel installé, elles rétrocedent immédiatement.

B) Les signes généraux prédominent dans le tableau de l'appendice. Le diagnostic se fera avec les maladies suivantes :

1° *La fièvre typhoïde.*

La confusion de l'appendicite avec la fièvre typhoïde est fréquente, surtout dans les dothiéntéries ambulatoires, alors les signes subits de péritonite généralisée, qui font croire à une appendicite perforante suraiguë, relèvent d'une perforation intestinale siégeant sur les dernières anses à l'iléon.

Pour distinguer l'appendicite de la fièvre typhoïde, il faut analyser les symptômes différentiels.

Dans la fièvre typhoïde, le début est traînant : épistaxie,

céphalalgie, hébétude, dépression cérébrale, peu de réaction péritonéale, la température monte progressivement. La sensibilité abdominale est diffuse, surtout au niveau du cæcum qui gargouille. On ne trouve pas une douleur nettement localisée au point de Mac BURNEY. La paroi est plus souple; la défense musculaire n'est pas aussi strictement localisée. La rate est hypertrophiée. Taches rosées à partir du 7^e ou 8^e jour. L'état d'hébétude se complique parfois de stupeur et lucination.

La séro-agglutination (R. WIDAL) lèvera tous les doutes après le premier septenaire. L'examen du sang montre une diminution des globules rouges tandis que dans l'appendicite, la polynucléose augmente. Mais si la fièvre typhoïde est compliquée, la polynucléose peut aussi apparaître.

L'albuminurie est plus fréquente et plus abondante dans la fièvre typhoïde.

Malgré ces symptômes différentiels précis, l'erreur de diagnostic est possible.

M. LEJARS a dit « tantôt on croit à une appendicite et il s'agit d'une fièvre typhoïde; tantôt on croit à une fièvre typhoïde et c'est une appendicite; tantôt enfin la fièvre typhoïde et l'appendicite existent simultanément, mais la prédominance de tels ou tels symptômes fait croire à l'une ou à l'autre, seulement de ces maladies. »

2° *La grippe à forme pseudo-appendiculaire.*

La grippe, surtout pendant l'épidémie de grippe de l'hiver 1928-1929, a présenté une symptomatologie abdominale. M. Lecaplan a ainsi présenté à la Société médicale des hôpitaux de Paris (séance du 13 décembre 1929) 4 observations d'un syndrome pseudo-appendiculaire;

La maladie débute brusquement avec température élevée, céphalée, courbature, rougeurs des amygdales, langue porcelaine, puis vers le 2° ou 3° jour, douleur dans la fosse iliaque droite, sensibilité à la pression au point de Mac Burney sans défense de la paroi, état anxieux, constipation, pas de hoquets ni de vomissements.

En général, la douleur appendiculaire n'a duré que deux à quatre jours, puis les accidents ont disparu spontanément.

Mais cette forme de grippe se distingue de l'appendicite aiguë par l'antériorité des signes généraux par une douleur plutôt épigastrique qu'appendiculaire. L'allure générale rappelle une colique sèche parasystique. La température en plateau sans rémission, le pouls relativement lent et la langue noire aident au diagnostic. Guérison complète en 8 à 12 jours avec un traitement des plus simples : diététiques et bouillon de légumes, compresses froides sur le ventre, citrate de soude, désinfection nozo-pharyngée.

3° *La pneumonie.*

La pneumonie franche, avec point de côté abdominal, peut simuler l'appendicite. L'erreur provient de cette localisation du point de côté.

Le chirurgien sera responsable de la laparotomie hâtive pratiquée en cas de pneumonie, par erreur de diagnostic.

Pour éviter cette lourde et grosse erreur, l'auscultation et l'examen du thorax décelant les lésions pulmonaires, ne doivent jamais manquer d'être faits.

Dans la pneumonie, non seulement le pouls et la température s'élèvent, mais la respiration s'accélère aussi (au lieu de 16 respirations par minute, on en aura 40).

Quand apparaissent le souffle tubaire, les crachats souil-

lés, visqueux, adhérents, les pommettes rougeâtres, les herpès autour de la bouche, le diagnostic s'impose; l'erreur avec l'appendicite est facile à éviter.

DIAGNOSTIC DE L'ABCÈS APPENDICULAIRE

1° *L'abcès siège dans la fosse iliaque droite.*

Le diagnostic de foyer inflammatoire d'origine appendiculaire est généralement facile. Quelques affections, cependant, peuvent prêter à confusion.

A. — DES FOYERS INFLAMMATOIRES A POINT DE DÉPART PARIÉTAL.

a) *Phlegmons d'origine lymphangitique* ou adéno-phlegmons superficiels.

b) *Adéno-phlegmon de la fosse iliaque* généralement consécutifs à une lésion du membre inférieur : plastron plaqué contre l'arcade crurale avec peu de signes de réactions péritonéales.

c) *Psoïtis*, souvent origine appendiculaire, se révèle par une tuméfaction douloureuse, allongée dans la direction du psoas et s'accompagnant d'une flexion permanente de la cuisse sur le bassin.

Les tentatives d'extension passive ou active de la cuisse sur le bassin sont très douloureuses.

B. — DES FOYERS INFLAMMATOIRES VENANT COMPLIQUER DES LÉSIONS INTESTINALES PRÉEXISTANTES

C'est ainsi que l'actinomicose iléo-cæcale et surtout le

cancer du cæcum peuvent s'infecter et simuler un abcès appendiculaire; mais l'âge du malade, l'existence des troubles intestinaux antérieurs, l'allure subaiguë des accidents, peuvent faire songer à l'existence d'un cancer cæcal infecté.

C. — LA TUBERCULOSE ENTÉRO-PÉRITONÉALE DE LA RÉGION ILÉO-CÆCALE

La tuberculose entéro-péritonéale de la région iléo-cæcale peut s'installer avec un cortège de symptômes assez aigus. Mais il y a la tranchée habituelle. Le malade présente des stigmates de tuberculose.

Le ramollissement progressif des lésions, l'apparition de fistules pyostérieures permettent parfois de préciser assez rapidement le diagnostic.

2° *L'abcès appendiculaire ne siège pas dans la fosse iliaque droite.*

Le diagnostic est difficile, souvent impossible. Une étude approfondie des antécédents; la connaissance d'affections viscérales antérieures, du mode de début, peuvent parfois établir le diagnostic.

Les problèmes de diagnostic qui se posent, varient avec le siège de l'abcès.

a) *Siège haut.* — Certaines périgastrites phlegmoneuses, développées autour d'un vieil ulcère pylorique; surtout une péricholacystite lithiasique pourront être confondus avec une appendicite haute, c'est presque toujours l'étude des antécédents du malade qui permettra d'orienter le diagnostic.

b) *Siège interne.* — L'abcès siège au voisinage de la ligne médiane, il sera d'ordinaire impossible de différencier

un abcès d'origine appendiculaire d'un abcès d'origine diverticulaire.

Si l'abcès siège à gauche, il pourra traduire l'existence d'une appendicite ou d'une sigmoïdite; l'âge avancé du malade sera un argument en faveur de l'existence de cette dernière affection.

c) *Siège postérieur.* — Appendicite rétro-cæcale avec abcès; phlegmon péri-néphrétique; abcès hépatique. Le diagnostic différentiel entre ces trois affections est souvent impossible; parce qu'elles se révèlent par des symptômes identiques; même siège lombaire de la douleur; même absence de réaction péritonéale, même ralentissement possible sur la plèvre. Seule, l'étude du passé du malade fournira quelques indications.

DIAGNOSTIC DE L'APPENDICITE AUX DIFFÉRENTS AGES

1° *Chez l'enfant.* — L'invagination intestinale est souvent confondue avec l'appendicite aiguë; elle se distingue de celle-ci par l'émission de selles glaireuses et sanguinolentes, par le boudin d'invagination, décelable par toucher rectal, et par la fièvre modérée ou nulle.

2° *Chez le vieillard.* — L'appendicite est rare, mais elle peut être fort grave. Ici l'occlusion est souvent simulée par l'appendicite aiguë.

En résumé, nous disons que le diagnostic se fait au début par la constatation d'une irritation péritonéale localisée se traduisant par la contracture de la paroi au-dessus du siège de l'appendice. Autour de ce signe capital se groupent les autres symptômes d'irritation péritonéale : vomissements, immobilisation du diaphragme, constipation, auxquels s'ajoutent les symptômes d'infection : altération de l'état général, modification de la température et du pouls.

C'est par la discussion de chacun de ces signes qui peuvent l'un ou l'autre prédominer, que l'on arrive au diagnostic exact.

Il ne faut pas oublier également que l'appendicite étant de beaucoup la plus fréquente de toutes les maladies abdominales, à début aigu, c'est à elle qu'il faut toujours penser lorsque l'on a un doute sur la cause d'un symptôme péritonéal survenant brusquement.

TRAITEMENT

Deux notions doivent être présentes à l'esprit, lorsque l'on opère une appendicite aiguë : manipuler le moins possible les anses intestinales, enlever à tout prix l'appendice. C'est une des raisons qui milite en faveur de l'opération précoce, car si l'on attend le refroidissement et que celui-ci ne se produisant pas, on est obligé d'intervenir, on tombe sur un foyer d'adhérences qui rend l'opération beaucoup plus difficile et plus dangereuse. On peut être alors obligé de se contenter d'ouvrir un abcès et de remettre à plus tard l'ablation de l'appendice. Ce qui a de multiples inconvénients.

Pour manipuler le moins possible les anses intestinales, il est indispensable de faire l'incision en bonne place, c'est-à-dire juste à l'endroit du siège présumé de l'appendice.

On ne peut par conséquent inciser toujours au même endroit puisque l'appendice peut siéger en des lieux très différents. MOULONGUET a beaucoup insisté à plusieurs reprises sur ce point très important et jusque-là trop laissé dans l'ombre. MOULONGUET conseille d'inciser dans la zone où existe le maximum de défense. Plus tard lorsque la zone de contracture s'est élargie et que l'on ne peut distinguer de différence dans celle-ci, MOULONGUET conseille, après palpation du malade sous anesthésie, d'inciser au niveau de la zone de contracture résiduelle ou si celle-ci a disparu complètement, au niveau du point où l'on sent, dans la profondeur, un empatement plus ou moins diffus qui indique la présence de la réaction inflammatoire au niveau d'anses plus ou moins ag-

glutinées. En pratique et en laissant de côté l'appendicite à gauche qui est trop exceptionnelle pour entrer en ligne de compte, l'on peut ramener à quatre le siège des incisions que l'on aura à utiliser dans l'usage courant :

1° Incision sur le bord externe du droit, incision excellente qui permet de ménager les muscles et les nerfs tout en donnant un jour très large sur la région opératoire lorsque l'appendice est en position classique. Cette incision peut être agrandie sans dommage lorsque besoin en est, soit par le bas. Dans ce dernier cas, il ne faut pas oublier la présence proche des vaisseaux épigastriques qu'il faut rechercher et lier avant d'inciser.

2° Incision très basse parallèle à l'arcade ; cette incision permet d'atteindre les lésions de bas en haut et d'éviter l'ouverture de la grande cavité. Préconisée par LECÈNE elle comporte l'ouverture du canal inguinal, la déclinaison en haut du cordon, la dissociation des muscles de la paroi postérieure. Là encore il faut lier les vaisseaux épigastriques.

Une variante de cette incision est l'incision lombo-iliaque qui la prolonge vers le haut.

3° Incision sous-hépatique. Celle-ci peut être verticale ou transversale ; nous préférons l'incision transversale avec section du muscle droit comme dans les opérations sur les voies biliaires. Cette incision transversale donne un jour très large sur le foyer infectieux et étant donné en général la complexité de l'opération lorsque l'appendice siège en ce lieu, facilite grandement les choses.

4° L'incision médiane sous-ombilicale. Dans tous les cas douteux, où l'on se trouve en présence de symptômes de péritonite sans localisation précise, l'incision médiane sous-ombilicale est à conseiller, mais cette incision d'exploration

est un pis-aller, sauf quand la péritonite appendiculaire est généralisée. Elle donne un large jour sur la cavité qui n'est pas cloisonnée, et la vidange se fera mieux ou moins mal par une incision médiane. Mais dans les cas localisés où des adhérences plus ou moins serrées cloisonnent le péritoine, l'incision médiane, si utile pour reconnaître le ou les foyers d'infection, sera gênante lorsqu'il s'agira d'aller trouver le cæcum et d'enlever l'appendice. Même dans les cas d'appendicite pelvienne, nous pensons que la voie médiane n'est pas la voie de choix et qu'il est non seulement plus facile, mais encore et surtout moins dangereux d'enlever l'appendice par une incision latérale.

Quoiqu'il en soit du siège de l'incision, nous pensons qu'il faut d'emblée la faire assez longue pour ne pas être gêné dans la profondeur. Les incisions courtes ne sont de mise ici que dans les cas opérés tout à fait au début.

Il faut y voir clair, ce qui est déjà assez difficile et pour vouloir gagner quelques centimètres on peut compliquer gravement l'opération. L'incision ne doit pas avoir moins de dix centimètres de long, et au cas où cette longueur ne suffirait pas, il ne faut pas hésiter au cours de l'opération à la prolonger afin de faciliter les manœuvres.

Chez les sujets à paroi épaisse et surchargée de graisse, cette longueur de dix centimètres n'est pas suffisante et d'emblée doit être encore augmentée. Il est d'ailleurs impossible d'établir des règles fixes; tout dépend de l'épaisseur de la paroi, de la forme d'appendicite, du moment de l'opération; plus l'opération aura lieu près du début, moins l'incision aura besoin d'être grande, étant donné que, dans ce cas, l'intervention est en général très facile.

Les précautions à prendre au cours de la laparotomie

sont identiques à celles que l'on prend dans l'opération à froid. Même si l'on est en droit de croire cliniquement à la présence de pus, il convient d'observer toutes les précautions en usage dans les opérations aseptiques. L'on ne sait jamais, en effet, si le diagnostic porté est exact et l'on peut se trouver appelé à faire une opération aseptique alors que l'on pensait tomber sur un foyer purulent. C'est surtout pour cette raison, beaucoup plus que par crainte des infections secondaires, qu'il convient de préparer puis de protéger la peau par des compresses, comme de prendre de son côté et du côté de son matériel et de ses aides, toutes les précautions d'usage.

Selon son siège, l'incision de la paroi offre naturellement des modalités variables. Toutes les fois que l'on peut éviter l'incision des muscles, il faut le faire. Cela est toujours possible dans l'incision que nous considérons comme étant la plus fréquemment indiquée, c'est-à-dire sur le bord externe du muscle droit. Après avoir ouvert la gaine du muscle, on réclive en dehors le corps musculaire et l'on arrive sur le péritoine — il convient de voir les nerfs pour éviter de les couper.

Si l'on est obligé de traverser les muscles, il faut les écarter et passer entre leurs fibres. Si plus tard on est gêné par les manœuvres sur l'appendice, il ne faut pas hésiter à se donner du jour en les sectionnant franchement.

Cet écartement des muscles n'est guère possible lorsqu'il s'agit d'appendicites lombo-iliaque avec prédominance de lésions dans la région lombaire. Nous pensons qu'ici il faut sectionner franchement la couche musculaire à quelque distance trois à quatre centimètres de la crête iliaque afin de laisser de l'étoffe pour la réfection future de la paroi, car

ces incisions, excellentes pour la cure rapide et complète des lésions à traiter, laissent souvent à leur suite une éventration.

La probabilité de l'éventration ne doit pas, à notre avis, faire abandonner cette voie, car il ne faut pas perdre de vue que nous avons affaire à une maladie grave et qu'il importe avant tout de sauver la malade.

Pour les appendices situées bas dans la fosse iliaque, LECÈNE conseille d'ouvrir le canal inguinal et de pénétrer dans l'abdomen par dissociation après avoir soulevé le cordon et lié les vaisseaux épigastriques qui sont au centre de l'incision.

Cette voie est excellente et nous l'avons utilisée plusieurs fois avec un plein succès.

Dans les incisions transversales, le droit est sectionné en totalité, mais les nerfs sont ménagés et l'on sait que cela surtout importe pour la solidité future de la paroi.

Quelle que soit l'incision pratiquée, il est de toute importance de lier les vaisseaux pariétaux au fur et à mesure que l'on avance. Il faut éviter l'encombrement du champ opératoire par les pinces. La paroi congestionnée toujours dans ce cas a déjà bien assez de tendances à saigner en nappe et tout à l'heure, quand nous serons dans le ventre, nous serons bien assez gênés par les compresses et les pinces indispensables alors. Le bistouri électrique nous paraît être indiqué dans ces cas, par suite de l'absence d'hémorragie qui résulte de son emploi. Mais il faut le réserver aux cas à abcès et ne pas l'employer dans les cas opérés précocement où l'on peut espérer suturer complètement. L'expérience du couteau électrique nous a montré, en effet, que la réunion ne se fait pas toujours très bien, et nous avons même observé des désunions complètes dans les premiers essais que nous en avons faits.

Quoiqu'il en soit, point n'est besoin du couteau électrique pour opérer convenablement une appendicite aiguë. Son emploi simplifie peut-être l'opération, mais seulement dans ses temps peu importants d'incision et d'hémostase de la paroi car il nous semble qu'il est prêt à abandonner complètement pour la dissection au contact de l'intestin d'un appendice adhérent. Là, en effet, en l'employant, nous craindrions d'entraîner du côté de l'intestin des escarres plus ou moins étendues.

L'ouverture du péritoine peut présenter des difficultés. En effet, ce péritoine est presque toujours épaissi et œdématisé ; il glisse sous la pince qui veut le saisir. Mais surtout il est fréquemment adhérent aux plus profonds c'est-à-dire à l'intestin. Pour éviter l'ouverture de l'intestin, il faut agir avec beaucoup de prudence et si le péritoine ne vient pas et ne se laisse pas attirer parce qu'il tient dans le fond, on l'incisera par de légères touches de bistouri en rayant de la pointe plutôt qu'en faisant agir le tranchant de l'instrument. En agissant ainsi et avec douceur il arrivera un moment où l'on tombera dans un plan de clivage. Quittant alors le bistouri on avancera dans ce plan la sonde cannelée, sonde qu'il faudra choisir à bout très mousse. Il se peut que ce plan soit situé entre le tissu sus-péritonéal et le péritoine proprement dit on s'en aperçoit vite, car la sonde cannelée est entraînée le long de la paroi et non dans la profondeur. On reprend alors le bistouri et l'on raye la couche profonde ainsi mise à nu.

On tombe alors peu après sur un nouveau plan de clivage qui, celui-là, est le bon, situé entre l'intestin et le péritoine. On reprend alors la sonde cannelée, avec laquelle on amorce le décollement que l'on continue au doigt. D'ailleurs

l'intestin présente un aspect rouge grisâtre qui contraste avec l'aspect grisâtre du péritoine. De plus, ses adhérences saignent beaucoup plus que ne saignait tout à l'heure la zone d'accolement des feuillets péritonéaux où nous avons pénétré tout d'abord.

En cas d'adhérences trop étendues et de difficultés trop grandes rencontrées pour inciser le péritoine à l'endroit choisi, il ne faut pas hésiter à se reporter plus haut et à pénétrer dans l'abdomen en dehors de la zone adhérente ou zone libre. L'on ouvre alors la grande cavité. L'opération y gagne en rapidité et aussi en sécurité car en protégeant bien les anses voisines on ne risque pas de propager l'infection.

Souvent toutefois on tombe sur un abcès ou du liquide séreux et les choses s'en trouvent très simplifiées. Le ventre ouvert, il faut d'abord éponger le liquide, pus ou sérosité qui est plus ou moins abondant, puis si des anses grêles se présentent dans la plaie on les réclive avec soin et on les place sous des compresses de protection, alors seulement on peut aller à la recherche de l'appendice.

Celui-ci peut apparaître et se présenter de lui-même à l'opérateur, c'est là une éventualité assez fréquente mais il faut savoir que cet appendice peut être très friable et le chirurgien doit résister à la tentation bien naturelle de l'attirer au dehors, car il risquerait de le rompre. Or si cela n'a pas en soi une grande importance, les manœuvres ultérieures en seraient rendues plus compliquées. Si l'appendice apparaît, il faut en faire le tour au doigt, reconnaître son volume, son méso, ses connexions, « voir » tout son trajet et surtout son insertion sur le cæcum — alors seulement on peut l'enlever en totalité en liant correctement son méso.

Si l'appendice n'apparaît pas, il faut, pour le trouver, procéder avec méthode, ce qui veut dire que l'on doit tout d'abord rechercher les points de repère qui permettent de le trouver. Ces points de repère sont le cæcum et l'angle iléo-cæcal. Les manœuvres sont délicates et demandent une grande douceur. Tout d'abord *l'épiploon* peut se présenter et adhérer, soit aux anses intestinales, soit à la paroi. Il faut l'écarter avec soin, on le décolle à la compresse ou avec un instrument mousse, sondes cannelées ou mieux ciseaux fermés à bouts bien arrondis. Au cas où il adhérerait trop fortement on peut être amené à le sectionner, mais nous pensons qu'il faut à ce moment en sectionner le moins possible, car non seulement, en l'écartant et en recouvrant les anses voisines, on réclive la protection idéale de celles-ci, mais encore on se servira de lui à la fin de l'opération pour isoler le reste de la cavité le foyer septique où était l'appendice. Nous verrons tout à l'heure comment il convient de le traiter lorsque l'on fait la toilette de la plaie; pour l'instant soulevons-le et voyons ce qu'il y a dessous.

Souvent l'épiploon forme un véritable couvercle au-dessus des lésions et il suffit de le soulever pour apercevoir celles-ci et découvrir l'appendice, mais quelquefois aussi il soude l'un et l'autre, appendice et anses intestinales, or comme il est souvent modifié dans sa forme : œdématié, rouge, énorme, il peut donner lieu à des confusions regrettables. De même les anses intestinales recouvertes de fausses membranes peuvent prendre une coloration rouge, une consistance dure, un aspect d'épiploon plus ou moins épaissi. Afin d'identifier tous ces organes, il faut rechercher leurs connexions, c'est-à-dire qu'il faut les « disséquer » afin de voir leurs tenants et aboutissants. Le mieux est d'utiliser les

ciseaux courbes et la pince à disséquer sans griffes. On avance alors pas à pas, en dissociant puis en sectionnant les adhérences. Ces manœuvres sont délicates car, à tout moment, on risque d'ouvrir l'intestin, mais on est certain d'éviter cette faute si l'on agit doucement et si l'on ne coupe qu'avec discernement, après s'être bien rendu compte de la nature exacte des tissus à sectionner. Il faut savoir qu'il peut exister des fausses membranes très épaissies qui unissent les différents organes et viennent tromper sur leur véritable nature le chirurgien le plus exercé.

Nous rejetons absolument la compresse pour séparer les organes, car elle arrache souvent, et de plus peut créer de faux plans de clivage au bout desquels on est conduit dans l'intestin.

On peut pour séparer les organes adhérents, et qui « tiennent » utiliser deux pinces à disséquer sans griffes. Ces pinces doivent avoir des mors assez larges et être assez fortes. On les applique parallèlement à la limite des organes à séparer et en les écartant l'une de l'autre, on rompt les adhérences tout en obtenant une hémostase des dites adhérences toujours très saignantes.

Ce procédé des deux pinces que nous avons vu employé par le Professeur DELBET, mérite d'être vulgarisé, car il est capable de rendre les plus grands services toutes les fois que l'on se trouve en présence d'adhérences fortes qui ne cèdent pas aux moyens habituels et sont cependant assez lâches pour ne pas nécessiter une section.

Au fur et à mesure que les anses sont libérées, on les écarte et on les place sous les compresses de protection. Il ne faut pas s'attarder à une hémostase impossible à faire, car il s'agit d'un suintement en nappe et seuls les vaisseaux qui

saignent en jet devront être pincés et liés au fur et à mesure de leur section. On doit, en effet, éviter d'embarrasser un champ opératoire déjà assez encombré par les pinces plus ou moins nombreuses, sans compter que ces pinces placées sur des vaisseaux friables risquent de lâcher leur prise, le vaisseau alors se rétracte et il est souvent fort difficile de le rattraper.

Le cæcum et l'angle iléo-cæcal étant reconnus, l'appendicite n'apparaît toujours pas, mais l'on sait que l'on est dans la région où l'on est sûr de le trouver.

Pour arriver sur son insertion le moyen le plus sûr est de suivre la bandelette antérieure du cæcum car elle conduit directement sur lui. Malheureusement dans les cas qui nous occupent, cette bandelette peut être masquée par l'état inflammatoire et surtout par des fausses membranes, toutefois on peut, sinon la voir, du moins presque toujours reconnaître sa place car le cæcum au niveau des bandelettes est légèrement aplati tandis qu'il est dilaté, boursoufflé et présente des incisures transversales entre les dites bandelettes. Par rapport au cæcum, l'appendice peut occuper une infinité de positions, mais celles-ci peuvent être ramenées en pratique à trois. Il peut être pré-cæcal, sous-cæcal ou rétro-cæcal. Chacune de ces positions étant définie par le lieu de son origine sur le cæcum. Au point de vue opératoire, en effet, c'est le lieu de l'origine qui nous occupe surtout car c'est là qu'il faudra aller coûte que coûte pour lier l'organe correctement. Or, dans nombre de cas l'appendice parcourt un trajet qui le mène souvent loin de son origine et un opérateur non averti risque de n'enlever qu'une partie de l'organe malade s'il ne le dissèque pas jusqu'au cæcum.

En pratique, deux cas peuvent se présenter :

1° L'appendice présente sa pointe libre, mais il « tient » vers son origine ;

2° Son origine est accessible mais il « tient » dans le reste de son trajet.

Nous allons envisager séparément ces deux éventualités :

1° *L'appendice tient par sa base* : section derrière. Dans ce cas l'appendice est saisi par une pince en cœur, genre de celles dites pincées à annexes. Il ne faut pas oublier qu'il est très friable et qu'à la moindre traction un peu forte il risque de déchirer, aussi la pince doit-elle servir à l'orienter plutôt qu'à le tirer. On expose le méso et on le sectionne au fur et mesure qu'il apparaît en ayant soin de pincer les tissus avant de les couper. En avançant prudemment, on arrive ainsi à libérer l'organe dans sa totalité. Il faut savoir que le trajet peut être très long et que son origine peut se trouver très loin de sa terminaison. Le dégagement est alors souvent très pénible. Il faut sculpter l'organe dans les tissus où il est comme inclus et cette dissection est rendue très difficile du fait de l'état inflammatoire intense de toute la région.

2° *L'appendice tient par sa pointe* : section première : Quand l'appendice au contraire tient par sa pointe, il ne faut pas s'acharner à dégager son trajet, mais le séparer du cæcum et ensuite seulement procéder à sa dissection. Cette technique de l'appendicectomie dite appendicectomie rétrograde est susceptible de rendre de grands services, mais lorsqu'on est conduit à la pratiquer il est certains détails qu'il faut connaître et ne jamais perdre de vue, faute de quoi l'on risque de s'égarer et de compliquer beaucoup les choses. Voici comment nous conseillons de procéder : après avoir bien mis en lumière l'origine de l'appendice, on le sectionne au thermo ou à l'anse diathermique, entre deux ligatures.

Après avoir détruit avec soin, et des deux côtés, la muqueuse, on fait attirer fortement le cæcum dans le haut après l'avoir entouré d'une compresse et en s'assurant que la prise est large. Dans cette manœuvre, il faut craindre la déchirure du cæcum, car, ne l'oublions pas, l'intestin est très friable et toute traction brutale risque de rompre ses parois. Pendant que le cæcum est attiré vers le haut par l'aide opérateur, le chirurgien attire l'appendice vers le bas à l'aide du fil posé par lui. Avec des ciseaux courbes il le dissèque, *mais il ne faut jamais couper que ce qui a été pincé*; là est la difficulté de la réussite de l'opération, car tout vaisseau coupé se rétracte et il est souvent difficile à rattraper. Donc tout lambeau de péritoine qui tient à l'appendice doit être saisi avant d'être coupé, car il peut contenir un vaisseau. En marchant ainsi on avance lentement et on arrive à séparer complètement l'organe. Pendant que l'on progresse dans la libération de l'appendice, le cæcum doit suivre le mouvement : l'aide le réclivant de plus en plus vers le haut au fur et à mesure qu'il devient plus libre; le champ opératoire se trouve dégagé et favorise le travail du chirurgien. Il faut savoir que l'on est souvent entraîné très loin du point de départ et que l'appendice peut suivre un trajet des plus tortueux. Mais en procédant comme je viens de le dire, c'est-à-dire en serrant de très près l'appendice et en pinçant au fur et à mesure tout ce qui tient, on arrive toujours à dégager l'organe sans commettre aucun dégât. Une fois l'appendice enlevé, on lie *tout* ce qui a été pincé en ayant soin de commencer par le fonds car, si une pince ou une ligature lâche, on aura moins de mal à la rattraper en ayant encore, pour le faire, les autres pinces placées moins profondément. J'insiste sur le pincement au fur et à mesure, car c'est là qu'est la clef de cette technique de

l'appendicectomie par voie rétrograde, laquelle, bien appliquée, permet de venir à bout de toutes les appendicectomies, même très difficiles.

Quelle que soit la technique employée, on peut être fort gêné par la friabilité particulière de l'organe qui, pour peu que l'on exerce sur lui une traction, même légère, se déchire et laisse aux mains de l'opérateur une portion seulement de lui, l'autre restant dans la profondeur et devenant très difficile à retrouver, du fait de la perte du fil conducteur qu'était la première partie de l'organe. Pour éviter cet incident, il faut éviter naturellement toute manœuvre tant soit peu brutale, mais même en agissant avec la plus grande douceur, l'appendice peut se rompre. Avec un peu d'habitude, on peut prévoir cette rupture; au cas où elle se produirait, pour en éviter les conséquences, c'est-à-dire la perte du moignon restant, on doit s'efforcer de reconnaître tout l'organe avant de continuer la dissection en l'explorant au doigt si la vue n'en est pas possible, et c'est seulement lorsque l'on aura reconnu la direction du trajet que l'on pourra continuer la dissection, car si l'appendice vient à se rompre, on aura vite fait de retrouver ce qui en reste, si l'on a eu soin de prendre les précautions que nous indiquons.

L'appendice peut d'ailleurs être amputé spontanément, par le processus gangréneux, qui a causé la crise. Aussi importe-t-il de vérifier toujours si l'organe est bien enlevé en entier. S'il n'en est pas ainsi, il faut aller à la recherche de ce qui reste, faute de quoi on verra s'installer des suppurations interminables; cette règle ne doit subir d'exceptions que dans le cas où la partie qui manque est infime, probablement d'ailleurs déjà détruite par le processus nécrosant. Mais toutes les fois qu'une partie assez grande d'appendice manque,

il faut aller à sa recherche. On peut en juger par ce que l'on a enlevé de méso.

Conduite à tenir vis-à-vis du méso.

Dans notre exposé précédent, nous avons toujours supposé le méso non isolé ni isolable, n'ayant en vue que l'ablation d'un appendice confondu avec les organes voisins; la ligature du méso ne pouvait être faite méthodiquement; mais il n'en est pas toujours ainsi et il est des cas, surtout lorsque l'on opère près du début de la crise, où le méso peut être isolé. La ligature ne doit pas alors porter n'importe où. Il faut le lier, c'est-à-dire lier les vaisseaux appendiculaires le plus loin possible de l'appendice, autrement dit, le plus près possible de leur origine. En effet, ces vaisseaux sont, en général, thrombosés et contiennent des germes; il faut donc les enlever en totalité.

Conduite à tenir vis-à-vis du moignon.

Si l'enfouissement peut être défendable dans l'appendicite chronique, il ne nous paraît pas être de mise dans les appendicites aiguës. Il ne nous a pas paru que cela ait été dit dans les nombreuses discussions qui ont eu lieu au sujet de l'enfouissement, et cependant la chose est d'importance. En effet, s'il est logique de chercher à reconstituer au-dessus d'un moignon appendiculaire, un péritoine *sain*, afin d'éviter des adhérences futures, il nous paraît que dans les cas aigus ce but ne peut être atteint puisque le péritoine est malade. De plus, et c'est là, à notre avis, le principal argument en faveur du non enfouissement dans les appendicites aiguës, chaque point d'aiguille créera sur le cæcum une porte d'entrée aux

germes qui pullulent dans la plaie et de superficielle, l'infection risquera fort d'être portée de la profondeur ; alors, non seulement la suture d'enfouissement n'aura aucune chance de tenir, mais encore elle sera la cause d'une infection des parois cæcales, qui étaient déjà assez malades sans avoir besoin de ce nouveau traumatisme. De plus, n'y a-t-il pas intérêt à laisser libre ce foyer infecté constitué par le moignon de l'appendice dont la suppuration peut s'établir malgré la cautérisation la plus complète ? L'enfouissement ne peut se défendre que dans les cas, pris tout au début, alors que l'appendice seul est en cause sans aucune réaction péritonéale. Dans tous les autres cas, nous le considérons non seulement comme inutile, mais encore comme dangereux.

Pour nous, dans tous ces cas, le mieux est d'abandonner le moignon à lui-même. Toutefois, si, en fin d'opération, on se trouve en présence d'une surface cæcale ou grêle largement dénudée, ou si l'on aperçoit sur le cæcum des plaques de sphacèle plus ou moins étendues, on peut chercher à les isoler, mais en se gardant bien d'user de l'aiguille pour placer les points de rapprochement du péritoine, c'est par accollement que l'on peut alors procéder. Le péritoine étant pincé dans une zone saine, ou moins malade, à l'aide de pinces plates non traumatisantes (pince de Péan et mieux de Terrier à cause de leur bout arrondi). Ces pinces sont rapprochées et un fil réunit entre eux les trois ou quatre points pincés ainsi attirés. S'il existe dans le voisinage une frange graisseuse non malade, c'est-à-dire se présentant avec sa souplesse et sa coloration normales, on peut l'attirer et la prendre dans sa suture de façon à lui faire jouer un rôle de protection vis-à-vis de l'intestin malade. Il va sans dire que l'on ne peut agir ainsi que dans les cas où les lésions sont

peu étendues car, dans le cas contraire, il faudrait aller trop loin pour trouver un péritoine sain. Quant à l'épiploon, s'il y en a au voisinage, on peut en tirer un bon parti de protection en l'étalant sur les régions malades d'une vitalité douteuse, mais il faut bien se garder d'aller le chercher au loin, ce qui nécessiterait des manœuvres capables d'étendre le foyer d'infection. Il faut bien se garder également de faire des greffes épiploïques libres, celles-ci n'ayant aucune chance de prendre dans un foyer infecté, sont ici vouées à la nécrose.

Drainage.

Convient-il ou non de drainer dans les appendicites aiguës ? A cela il est impossible de répondre d'une façon absolue, car tout dépend du cas en présence duquel on se trouve. Le drainage a été formellement proscrit par certains chirurgiens, et notamment, en France, par le Docteur OMBRÉDANNE pour qui il reste inutile quelle que soit la gravité du cas, à la condition toutefois que l'appendice ait été enlevé. Pour les partisans du non drainage, le péritoine se défend mieux tout seul que lorsqu'il est irrité par un procédé de drainage quelconque et l'application permanente de glace combinée avec la position de Fowler suffisent à amener la guérison des malades. Les résultats publiés par OMBRÉDANNE sont meilleurs sans drainage qu'avec drainage : c'est là un fait devant lequel nous devons nous incliner. Cet auteur ne semble toutefois pas avoir été suivi dans cette voie novatrice si hardie, et le moment n'est pas encore arrivé où on refermera sans arrière pensée, un ventre plein de pus. Réagissant contre les idées d'OMBRÉDANNE, le Professeur J.-L. FAURE est partisan d'un drainage très large et c'est là l'opinion de très nombreux chirurgiens en particulier parmi les chirurgiens d'enfants, le

Docteur VEAU qui se déclare « draineur à outrance ». Quoi qu'il en soit, il semble qu'il y ait un juste milieu à établir entre le drainage à outrance et l'absence complète de drainage.

Toutes les fois que l'on a pu intervenir au début de la crise, alors que l'infection est encore nettement cantonnée à l'appendice seul, le drainage n'est nullement indiqué. Le mai est enlevé en vase clos comme une poche de salpingite, une vésicule, un cancer intestinal ou gastrique, le drainage n'a aucune raison d'être, car il n'y a rien à drainer.

Si, par contre, il existe une réaction péritonéale se traduisant par la présence d'un liquide plus ou moins louche, le drainage est discutable. Si l'épanchement est léger, nettement séreux, si les anses intestinales ne sont ni dilatées, ni rouges, il nous paraît inutile de drainer, mais il faut auparavant évacuer le liquide et s'assurer qu'il n'y en a pas d'accumulé dans le Douglas, ce que l'on fait en glissant une pince courbe pour pénétrer avec douceur dans la cavité pelvienne.

Si, au contraire, l'épanchement est assez abondant, s'il présente cet aspect dit brouillon sale et à fortiori s'il exhale cette odeur fétide si spéciale dans toutes les suppuration qui entourent le tube digestif, si les anses sont rouges et dilatées, le drainage nous paraît être indiqué et là encore il faudra aller au Douglas, point sur lequel nous insisterons tout à l'heure.

Un cas de plus et nous nous trouvons en présence de pus franc, d'aspect et d'odeur gangréneux. Les anses intestinales sont rouges, épaissies, dilatées. Ici nous pensons qu'il ne faut pas hésiter à drainer.

Dans les lignes qui précèdent, nous n'avons pas fait mention de l'état de l'appendice. C'est, en effet, beaucoup

plus de l'état du péritoine que de l'état de l'appendice que l'on tirera des indications au drainage.

Dans tel cas, l'appendice sera perforé et néanmoins il n'y aura pas de réactions vives dans le voisinage, dans tel autre au contraire il y aura de fortes réactions et l'appendice sera simplement très rouge et plus ou moins gangréné, mais non rompu. Aussi est-ce bien plus sur le degré de réaction péritonéale, sur son extension, sur l'abondance et les caractères de l'exsudat que l'on se basera pour établir ou non un drainage. Il est bien évident que les cas les plus graves, ceux où l'on trouvera les plus fortes réactions, seront ceux où l'appendice sera rompu, mais il n'en est pas toujours ainsi et c'est pour attirer l'attention sur ce point très important que nous ne nous basons pas sur la perforation ou non de l'organe dans les indications du drainage.

Si, ainsi que nous l'avons dit, le drainage est discuté, même dans les cas plus ou moins graves, il est admis par tous lorsque l'appendice n'est pas enlevé.

Il est évident, en effet, que si l'on peut discuter l'opportunité du drainage lorsque la cause de l'infection est supprimée, on ne saurait envisager pareille conduite lorsque l'on s'est contenté d'ouvrir un abcès en laissant la cause de cet abcès, c'est-à-dire l'appendice.

Mais, est-on certain, lorsque l'on a enlevé l'appendice, d'avoir supprimé toutes causes de suppuration à l'intérieur de la cavité abdominale ? Oui, si l'on est intervenu très précocement avant qu'aucune extension de l'infection ne soit faite aux tissus voisins. Non, si l'infection a dépassé l'appendice gangréné, envahi le péritoine et surtout l'épiploon. Et alors, malgré l'ablation de l'appendice, cause principale du mal, la suppuration persistera par suite de l'infection de la « poche »

où il était contenu. De plus, cette « poche » saigne et, malgré l'hémostase la plus minutieusement faite, il persiste à son intérieur, un suintement plus ou moins abondant. Or, l'on sait combien le sang est un milieu de culture favorable.

Il nous semble donc que si le drainage peut être discutable dans les cas où le péritoine n'a pas réagi, ou a réagi très peu, il est formellement indiqué toutes les fois que l'appendice enlevé il persiste un foyer suppurant plus ou moins hémorragique. Il importe que les produits septiques trouvent issue à l'extérieur, faute de quoi l'infection persistera à cause des ravages, et cela malgré l'ablation de l'appendice. D'aucuns se fiant au péritoine pour résorber les produits septiques restant, drainent néanmoins le tissu cellulaire sous-cutané, considérant que celui-ci contaminé par le pus issu du ventre, est moins propre à se défendre lui-même que le péritoine. Il est, en effet, à peu près impossible d'éviter la contamination du tissu cellulaire sous-cutané lorsque l'on enlève un appendice septique et c'est de bonne pratique alors si l'on a décidé de suturer péritoine et muscles, de ne suturer la peau qu'incomplètement de façon à prévenir, autant que faire se peut, la suppuration de la paroi. A la suite d'appendicites gangréneuses, des infections très graves de la paroi peuvent se produire, alors que la péritonite est guérie. BONAMY a même rapporté un cas de phlegmon gangréneux étendu à toute la paroi abdominale consécutif à une opération d'appendicite gangréneuse ayant évolué en dehors de toute manifestation péritonéale grave.

Lorsque l'on a décidé de drainer la cavité abdominale, comment faut-il procéder ? A quel mode de drainage faut-il avoir recours ?

On draine avec un « drain » et qu'il soit en verre, en

caoutchouc ou en ébonite, l'effet est toujours le même. On draine à l'aide de mèches qui aspireraient les liquides par capillarité. On draine enfin en combinant les deux : drain et mèches.

Quel est le résultat du drainage ? Est-ce possible soit par des drains, soit des mèches, soit par les deux, d'assurer d'une façon complète l'écoulement des liquides contenus dans la cavité abdominale ? A cela nous répondrons non : le drain fonctionne quelques heures, puis des exsudats viennent le boucher et l'écoulement ne se fait plus. Pour la mèche, il en est de même, avec cette circonstance aggravante qu'elle détermine une rétention et que les produits septiques sécrétés s'accumulent au-dessous d'elle.

Pourquoi donc drainer si l'on ne peut réaliser l'évacuation des cavités suppurantes ? Et si ce drainage est illusoire, à quoi bon l'utiliser ? Nous pensons qu'il importe surtout de laisser ouverte la cavité, afin de favoriser l'écoulement des liquides septiques ; et que c'est surtout cette absence de sutures qui est utile. Or, les drains, comme les mèches, n'agissent qu'en tant qu'agents, s'opposent à la réunion spontanée de la plaie. C'est pourquoi les drains de petit calibre nous paraissent devoir être abandonnés ; si l'on se décide à drainer il faut, d'emblée, placer un drain du plus gros calibre, car c'est la meilleure façon d'obtenir une ouverture large permanente. Le drainage à la gaze agit de même, et les bons résultats obtenus avec le Mikulicz ne nous semblent être imputables qu'à ce fait qu'il laisse persister une ouverture très large. La preuve de ce que nous avançons nous est donnée par l'examen des faits ; l'on ne voit pas, en effet, de liquide s'écouler par le drain, c'est lorsqu'on l'immobilise que le liquide s'écoule.

De même si on laisse trop longtemps une mèche on n'obtient que de la rétention, c'est-à-dire le contraire de ce que l'on cherche.

Il est un moyen d'obtenir le résultat désiré, c'est-à-dire le maintien de l'ouverture de la paroi, c'est l'emploi du caoutchouc ondulé. Ce mode de drainage imaginé par le Docteur DELBET a le très gros avantage de maintenir ouvertes les lèvres de la plaie sans adhérer aux téguments ni entraîner de rétention. La forme spéciale du caoutchouc empêche les lèvres de la plaie de se rapprocher et le drainage vrai se trouve réalisé.

Beaucoup plus important que le mode de drainage nous paraît être le lieu où est appliqué le dit drainage. Du fait de la pesanteur les liquides septiques s'accumulent toujours aux points déclives et le drainage idéal est celui qui consiste à faire communiquer ce point déclive, avec l'extérieur, en créant momentanément une véritable fistule que l'on entretient aussi longtemps que la suppuration existe à l'aide d'un des moyens quelconques (mèche, drain, caoutchouc ondulé) énumérés ci-dessus.

Malheureusement, dans le cas particulier qui nous occupe, le drainage au point déclive est souvent impossible à réaliser. Si le foyer à drainer siège en effet non seulement dans un lieu éloigné des parois de l'abdomen, mais encore et surtout s'il est séparé de la paroi par une masse de tissu intestinal, on ne peut réaliser son évacuation à l'extérieur par une incision appropriée qui réaliserait le drainage en déclive, force nous est donc de nous contenter, faute de mieux, du drainage par l'incision antérieure, drainage dit debout, qui n'est qu'un pis-aller, restant toujours imparfait comme nous avons tenté de le démontrer.

Par contre, lorsque le foyer est pelvien ou lombaire, il est possible d'établir un bon drainage en déclive. Lorsque le foyer est lombaire on le réalise en faisant une contre-incision postérieure là où vient pointer l'extrémité d'une pince introduite par voie antérieure, à moins que l'on n'ait fait l'incision assez longue pour ouvrir d'emblée tout le trajet.

Dans les cas où le foyer est bas situé et siège dans le pelvis le problème est facile à résoudre chez la femme par une colpotomie. Chez l'homme, toutefois, l'ouverture du cul-de-sac péritonéal nécessitant l'incision du rectum on ne saurait recommander ce mode de drainage que dans les cas où un abcès pointe et s'offre de lui-même au bistouri.

Lorsqu'après une opération d'appendicite aiguë, l'appendice ayant été enlevé et le ou les abcès ouverts, la température ne revient pas à la normale au bout de huit à dix jours, il faut craindre une rétention de pus et explorer la plaie avec soin ; il sera alors quelquefois possible par une contre-incision d'amener une bonne évacuation du pus en déclive et l'on verra la température tomber rapidement. Il nous est arrivé à trois reprises de faire, chez les jeunes filles, des colpotomies pour tarir des suppurations interminables, dues à des foyers pelviens qui ne s'évacuaient pas suffisamment par l'incision abdominale.

Nous avons, depuis quelques années, et de plus en plus, diminué l'importance du drainage, suturant la paroi presque entièrement et ne plaçant qu'un drain ou une lame de caoutchouc ondulé dans le Douglas ou dans le foyer en cas de cloisonnement du Douglas. Or, nous avons observé des résultats identiques à ceux que nous observions avec un large drainage.

Il est facile d'en juger en se reportant aux tableaux qui

suivent cette étude. Mais avant de les analyser, nous devons d'abord justifier la classification que nous avons adoptée. Il est très difficile, en effet, d'apprécier le degré d'extension d'une péritonite et le terme de « péritonite généralisée » que l'on trouve signalé dans toutes les statistiques ne correspondant pas toujours à la réalité. Pour affirmer, en effet, la généralisation de la péritonite, il faut explorer toute la cavité abdominale. Or, cela serait non seulement absurde, mais encore fort dangereux. On peut rencontrer des anses libres sous aucun cloisonnement et le pus peut être abondant sans que, pour cela, la péritonite soit généralisée, nous n'en avons, en tous cas, aucune preuve certaine.

Tout ce que l'on peut dire lorsque le pus vient de toutes parts, c'est que la péritonite *semble* être généralisée, mais ne savons pas du tout jusqu'où s'étend cette péritonite. Aussi, dans la statistique que nous publions, n'avons-nous pas employé le terme « péritonite généralisée. »

Nous pensons qu'il est plus conforme à la réalité de considérer l'état dans lequel se trouvaient les anses intestinales par rapport au foyer appendiculaire. C'est en nous plaçant à ce point de vue que nous avons divisé nos observations en deux groupes :

1° Les cas que nous appelons « non enkystés », c'est-à-dire ceux où l'on a rencontré en allant à la recherche de l'appendice, des anses rouges plus ou moins dilatées. Comme corollaire à l'état des anses doit être considéré le pus qui, plus ou moins abondant, circule *librement entre* les anses libres.

2° Les cas enkystés, c'est-à-dire les cas où la grande cavité péritonéale est séparée du foyer par des adhérences plus ou moins étendues. Cas où l'on ne « voit pas » d'anses libres

au cours de l'intervention. Dans ce groupe entrent naturellement les abcès.

Nos observations sont au nombre de 140 comprenant 70 cas de première catégorie; c'est-à-dire celles ayant trait aux malades où nous avons trouvé des anses enkystées.

Tandis que dans la seconde catégorie nous n'avons pas eu à déplorer un seul cas de mort, nous avons eu sept décès parmi nos opérés de la première catégorie.

Nous allons examiner les causes des décès : trois opérés le 5^e jour (obs. 4-10-13) présentaient une appendicite pelvienne. *Malgré un large drainage* la péritonite ne peut être enrayée et la mort survint dans un des trois jours et dans les deux autres le lendemain même de l'opération.

Dans l'observation 33, la mort survint également par continuation de l'infection bien que l'enfant ait été opéré le 2^e jour, c'est le seul de nos cas où un opéré ait succombé bien qu'il ait été opéré relativement précocement et cela malgré un très large drainage.

Dans l'observation 12 la mort survint un mois et demi après l'opération. Le malade avait été opéré assez tard, au 4^e jour d'une appendicite où l'organe avait été trouvé fixé au milieu du ventre derrière le mésentère un drainage et une colpotomie secondaire, pas plus que l'emploi de vaccins ne purent arrêter cette péritonite diffuse lente qui emporta le malade. Là encore l'absence de drainage ne peut être incriminé.

Dans l'observation 35, il s'agit d'un cas analogue au précédent. L'enfant avait été opéré au 7^e jour, le siège pelvien de l'appendice ayant très longtemps égaré le diagnostic.

Malgré le drainage l'infection continua et le phénomène

dominant fut un arrêt des matières et des gaz qui céda à une entérostomie.

Mais l'occlusion se reproduisit et malgré une nouvelle intervention la mort survint deux mois après l'opération.

Pour être complet, nous avons tenu à signaler (obs. I) la perte d'un enfant qui succomba, non pas à sa crise d'appendicite, mais à la cure d'une fistule cæcale contemporaine de son infection appendiculaire.

En somme, il est impossible d'incriminer le défaut de drainage dans ces échecs, puisque celui-ci, justement dans ce cas, a toujours été très large.

Nos soixante-dix observations du groupe deux, c'est-à-dire celles ayant trait aux cas où nous n'avons pas trouvé d'anses libres, mais au contraire un cloisonnement plus ou moins marqué de la cavité abdominale, ne comportent aucun décès.

N'ayant en vue dans ce travail que l'importance plus ou moins grande du drainage, nous ne nous attarderons pas sur les complications observées à savoir : l'occlusion, la fistule stercorale, l'abcès secondaire.

La lecture de nos tableaux montre que nous avons moins fréquemment observé ces complications alors que nous avons simplement posé dans le foyer ou dans le Douglas (lorsque celui-ci n'était pas cloisonné) un drain ou une lame de caoutchouc ondulé.

De plus en réduisant le drainage au minimum, les malades guérissent plus vite, car ils n'ont pas à cicatriser les énormes brèches causées par la pose d'un large drainage; ils guérissent mieux sans courir les risques d'une éviscération et aussi, ce qui a son importance, sans conserver le souvenir de pansements multiples bien souvent douloureux.

CONCLUSIONS

Que reste-t-il de cette discussion et quelles conclusions en tirer au point de vue pratique ? Il semble que les résultats soient, dans l'ensemble, identiques avec ou sans drainage.

Le point capital est d'abord et surtout d'opérer tôt, ensuite d'enlever l'appendice. La manière de procéder n'est pas sans importance et l'opération conduite avec méthode et douceur se terminera bien si elle est faite correctement et à temps. La notion de durée opératoire n'a aucune importance quoiqu'on en ait dit. Le tout est de choisir son anesthésique. Peu importe si l'opération dure une heure, si de nombreuses anses sont à libérer et si la recherche, puis la dissection de l'appendice réclament ce temps pour être réclinées avec un minimum de traumatisme.

La crainte de l'anesthésie doit être bannie des préoccupations du chirurgien moderne, et seule la perfection de la technique doit être recherchée. C'est par cela qu'est réalisée la véritable élégance opératoire et non pas une rapidité qui, assez souvent, n'est qu'apparente, et qui marque une technique toujours défectueuse et souvent même absente.

Vu, le Doyen :

BALTHAZARD.

Vu, le Président :

OMBREDANNE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

Observations avec anses libres

GROUPE I

CAS	DATE DE DÉBUT	JOUR DE L'OPÉRATION	ÉTAT DE L'APPENDICE	APPENDICE ENLEVÉ OU NON	MODE D'OPÉRATION	COMPLICATIONS	RÉSULTAT DE L'OPÉRATION
Garçon 4 ans (1)	24 Août 1922	5 jours	Appendice perforé, gangréné iliaque.	Appendice enlevé.	Drains et mèches.	Fistule cœcale spontanée, opérée le 16 Janvier 1913 par voie endopéritonéale.	Mort le 17 janvier 1913
Homme (2)	11 Décembre 1919	2 jours	Appendice iliaque gangréné.	Appendice enlevé, enfoui.	Drain en contact, suture partielle.		Guéri le 1 ^{ère} jour.
Femme 22 ans (3)	24 Février 1926.	3 jours	Appendice Pelvien gangréné.	Appendice enlevé	Drain dans le Douglas.	Occlusion consécutive. — Enterotomie	Guérie. Fistule fermée spontanément.
Homme 60 ans (4)	11 Mars 1920	5 jours	Appendice gangréné Cæcal sous hépatique.	Appendice réséqué.	2 drains, pas de sutures.	Ictère.	Mort le 3 ^e jour
Garçon 12 ans (5)	9 Août 1921	Opéré au bout de 24 heures	Appendice libre perforé près de sa base. calcul iliaque.	Appendice enlevé, enfoui.	Drain dans le Douglas et sous le cæcum une mèche, pas de sutures		Guéri le 25 ^e jour
Homme 50 ans (6)	29 Mai 1921	Opéré le 2 ^{me} jour	Appendice en érection rompu à 1/2 cm de la pointe pré-cæcale.	Appendice enlevé	Drain dans le Douglas et dans la loge de l'appendice.		Guéri le 25 ^e jour
Fille 12 ans (7)	19 Septembre 1922	Opérée au bout de 36 heures	Gangréné à la base pelvienne.	Ablation d'appendice.	2 drains dont un dans le Douglas.	Au 15 ^e abcès du Douglas qui s'ouvre spontanément.	Guérison

(9) Garçon 12 ans (10)	23 Février 1923	Opéré le 5 ^{me} jour	Perfore en 2 en- droits, pelvien.	Appendice enlevé.	Large drainage pas de sutures.	Mort le len- demain à 2 heures.
Homme 57 ans (11)	8 Février 1924	4 ^{me} jour	Appendice enlevé, non enfoui, gan- gréné résection cécale.	Appendice enlevé.	2 drains. 1 mèche.	Guérison en 6 semain.
Femme 20 ans (12)	1 ^{er} Mars 1924	Opérée le 4 ^{me} jour	Appendice derriè- re le mésentère gangréné.	Appendice enlevé.	Drain dans le Dou- glas, mèche, pas de sutures.	Mort 1 mois et demi après.
Homme 34 ans (13)	16 Juillet 1924	5 ^{me} jour	Appendice gangré- né pelvien	Ablation d'appen- dice.	Mèche, drain dans le Douglas, con- tre incision mé- diane	Mort le 17.
Fille 15 ans (14)	20 Novem- bre 1924	Opérée le 3 ^{me} jour	Gangrène en tota- lité mais non per- foré rétro-cæcal.	Appendice enlevé, enfoui.	Une mèche, suture partielle.	Guérie le 13 ^e jour.
Garçon 9 ans (15)	17 Février 1925	Opéré 18 ^{me} heure	Appendice sous- cæcal rouge, énorme.	Ablation d'appen- dice.	Drain dans le Dou- glas, suture par- tielle.	Guéri le 15 ^e jour
Femme 20 ans (16)	8 Janvier 1925	Opérée le 3 ^{me} jour	Appendice méso- cœliaque.	Appendice enlevé, non enfoui	Drain dans le Dou- glas, suture par- tielle.	Guérie le 24 ^e jour.
Femme 47 ans (17)	16 Février 1925	2 ^{me} jour	Appendice sous- cæcal rouge per- foré près la base	Reséqué.	Drain dans le Dou- glas, suture par- tielle.	Guérie le 24 ^e jour.
Homme 19 ans (18)	28 Octobre 1925	Opéré le 4 ^{me} jour	Gangréné en tota- lité rétro-cæcal.	Appendice resé- qué.	Drain dans le Dou- glas.	Guéri le 19 ^e jour

CAS	DATE DE DÉBUT	JOUR DE L'OPÉRATION	ÉTAT DE L'APPENDICE	APPENDICE ENLEVÉ OU NON	MODE D'OPÉRATION	COMPLICATIONS	RÉSULTAT DE L'OPÉRATION
Garçon 15 ans (19)	13 Novem- bre 1925	Opéré le 3 ^{me} jour	Appendice gangré- né rétro-cæcal.	Réséction d'ap- pendice.	1 drain, 1 mèche, pas de suture		Guéri le 20 ^e jour.
Homme 50 ans (20)	4 Septem- bre 1925	Opéré au bout de 48 heures	Appendice sous- cæcal adhérent grêle et cæcum gangréné	Réséction d'ap- pendice.	Drain dans le Dou- glas, 1 mèche		Guéri le 24 ^e jour.
Homme 18 ans (21)	22 Octobre 1925	Opéré 18 ^{me} heure	Appendice méso- cœliaque perforé.	Réséction non en- foui	Drain dans le Douglas.		Guéri le 13 ^e jour
Homme 18 ans (22)	2 Mai 1926	Opéré 24 ^{me} heure	Appendice gan- gréné pré-cæcal.	Ablation d'appen- dice.	Drain dans le Dou- glas pas de sutu- res, une mèche.	Occlusion entéro- tomie le 13 ^e jour.	Guérison a- vec une fis- tule grêle qui se fer- me sponta- nément.
Femme 18 ans (23)	15 Juin 1925	Opérée 24 ^{me} heure	Appendice énor- me enflammé sous-cæcal.	Ablation et en- fouissement.	Une petite mèche, suture partielle.		Guérie le 9 ^e jour.
Femme 17 ans (24)	27 Septem- bre 1926	Opérée 24 ^{me} heure	Appendice iliaque rouge.	Réséction d'ap- pendice et épi- ploon enfouisse- ment.	Suture complète, abcès de la paroi.		Guérie le 21 ^e jour
Femme 19 ans (25)	12 Janvier 1926.	Opérée la 12 ^e heure.	Appendice iliaque rouge.	Appendice resé- qué, enfoui.	Suture complète.		Guérie le 8 ^e jour
Homme			Appendice				

30 ans (27)	1926.	Opéré le 3 ^e jour.	Appendice gangréné perforé près de sa base, énorme abcès dans le Douglas sous cæcal.	Appendice gangréné perforé.	1 drain.	Guéri le 30 ^e jour.
Homme 19 ans (28)	9 Février 1926.	Opéré le 3 ^e jour.	Appendice gangréné en totalité pelvien.	Appendice réséqué.	Mèche. Drain dans le Douglas.	
Femme 20 ans (29)	27 Septembre 1926.	Opérée le 3 ^e jour.	Appendice gangréné adhérent au foie.	Appendice réséqué.	Drain dans le Douglas suture partielle.	Guérie le 19 ^e jour.
Femme 25 ans (30)	1 ^{er} Novembre 1926	Opérée le 3 ^e jour.	Appendice rétro-cæcal perforé à sa partie moyenne.	Pus fétide abondant	Drain dans le Douglas suture partielle.	Guérie le 3 ^e jour.
Fille 16 ans (31)	10 Novembre 1926.	Opérée le 2 ^e jour.	Appendice gangréné perforé dans la partie moyenne	Réséction d'appendice.	Drain et mèches pas de sutures.	Guérie le 25 ^e jour.
Homme 20 ans (32)	18 Mai 1926.	Opéré au bout de 24 heures.	Appendice gangréné rétro-cæcal.	Réséction d'appendice.	Mèches et drainage lombaire et iliaque	Guérison. Fermeture secondaire de la fistule.
Garçon 15 ans (33)	15 Mars 1926.	Opéré le 2 ^e jour.	Appendice rétro-cæcal.	Réséction d'appendice enfouissement.	Une petite mèche suture partielle.	Mort le 21 Mars Guéri le 10 ^e jour.
Petit Garçon 12 ans (34)	23 Juin 1926.	Opéré au bout de 36 heures.	Appendice gangréné pelvien.	Appendice réséqué.	Drain et mèche.	Mort 2 mois après par nouvelle occlusion.
Garçon 7 ans (35)	31 Août 1926.	Opéré le 7 ^e jour.				

CAS	DATE DE DÉBUT	JOUR DE L'OPÉRATION	ÉTAT DE L'APPENDICE	APPENDICE ENLEVÉ OU NON	MODE D'OPÉRATION	COMPLICATIONS	RÉSULTAT DE L'OPÉRATION
Homme 19 ans (36)	17 Mars 1927	Opéré au bout de 48 heures.	Appendice gan- gréné iliaque.	Réséction d'appendice.	Drain dans le Dou- glas 2 mèches.		Guéri le 30 ^e jour.
Fille 15 ans (37)	15 Novem- bre 1927.	Opérée au bout de 24 heures.	Appendice iliaque rouge.	Réséction d'appen- dice enfouisse- ment.	Suture complète.		Guérie le 8 ^e jour
Garçon 14 ans (38)	11 Mars 1927.	Opéré le 3 ^e jour	Appendice méso- coeliaque perforé.	Réséction d'ap- pendice et épiploon	Drain dans le Dou- glas, 1 mèche.		Guéri au bout d'un mois.
Femme 18 ans (39)	16 Décem- bre 1927.	Opérée au bout de 24 heures.	Appendice iliaque	Appendice reséqué enfoui.	Suture complète.		Guérie le 8 ^e jour.
Fille 16 ans (40)	3 Juillet 1927.	Opérée au bout de 12 heures	Appendice iliaque rouge.	Réséction d'appendice.	Suture complète.		Guérie le 9 ^e jour.
Femme 18 ans (41)	25 Avril 1927.	Opérée au bout de 2 jours	Appendice rétro- cæcal adhérent.	Appendice reséqué.	1 mèche et 1 drain, suture partielle.		Guérie en 15 jours
Homme 25 ans (42)	4 Novem- bre 1927.	Opéré après 2 jours.	Appendice énorme sous cæcal.	Réséction de l'ap- pendice epiploon.	Suture complète et sans drainage.		Guéri le 8 ^e jour.
Homme 18 ans (43)	10 Novem- bre 1927.	Opéré le 4 ^e jour.	Appendice gan- gréné méso-cœ- liaque.	Appendice reséqué.	1 mèche et 1 petit drain, suture par- tielle.	Abcès secondaire incisé à gauche, ouvert et drainé.	Guéri en 6 semaines.
Fille 14 ans (44)	17 Septem- bre 1927.	Opérée le 2 ^e jour.	Appendice gan- gréné avec écar- tement.	Appendice resé- qué.	Drain dans le foyer		Guérie le 16 ^e jour.

19 ans (45)	Opérée au bout de 24 heures.	18 Juin 1927.	emporte - pièce près de sa pointe Pelvien.	Appendice plein de pus. Rétro- cæcal.	Réséction de l'ap- pendice non enfoui.	glas, 3 mèches, pas de sutures.	jour.
Fille 13 ans (46)	Opérée le 1 ^{er} jour.	8 Novem- bre 1927.	Appendice rouge, un point de gan- grène.	Appendice plein de pus. Rétro- cæcal.	Suture complète.	Guérie le 10 ^e jour.	
Fille 5 ans (47)	Opérée le 2 ^e jour.	11 Mars 1927.	Appendice enlevé.	Ansès libres, pus dans le ventre. Réséction de l'ap- pendice non en- foui.	2 mèches, suture partielle.	Guérie le 17 ^e jour.	
Garçon 7 ans (48)	Crise du matin	23 Novem- bre 1927	Gangréné à la pointe rétro- cæcale.	Appendice enlevé.	Suture complète.	Guéri le 7 ^e jour.	
Femme 30 ans (49)	Opérée le 12 ^e jour.	2 Juin 1927.	Appendice gangréné pelvien.	Ablation de l'ap- pendice non en- foui.	Drain dans le foyer fermeture partielle.	Guérie le 7 ^e jour.	
Fille 10 ans (50)	Opérée le 12 ^e jour.	21 Novem- bre 1927.	Appendice gan- gréné rétro-cæcal.	Ablation de l'ap- pendice enfoui.	Drain dans le Dou- glas, suture par- partielle.	Guérie le 19 ^e jour.	
Homme 19 ans (51)	Opérée le 3 ^e jour.	20 Janvier 1928.	Appendice enor- me et rouge pré- cæcal.	Ablation d'appendice.	Drain dans le Dou- glas, suture par- tielle.	Guérison en 6 semaines.	
Femme 20 ans (52)	Opérée au bout de 24 heures.	6 Janvier 1928.	Gangrène à la par- tie inférieure ré- tro-cæcale.	Ablation d'appen- dice enfoui	1 mèche, suture partielle	Guérie le 11 ^e jour.	
Homme 30 ans (53)	Opéré au bout de 24 heures.	6 Mars 1928.		Ansès libres pus.	Appendice enlevé enfoui, suture complète.	Guéri le 7 ^e jour.	

CAS	DATE DE DÉBUT	JOUR DE L'OPÉRATION	ÉTAT DE L'APPENDICE	APPENDICE ENLEVÉ OU NON	MODE D'OPÉRATION	COMPLICATIONS	RÉSULTAT DE L'OPÉRATION
Femme 17 ans (54)	30 Avril 1924.	Crise dans la nuit	Gangrène en tota- lité sous-cæcale.	Anses libres.	Appendice enlevé, non enfoui, suture complète.		Guérie le 9 ^e jour.
Fille 13 ans (55)	17 Janvier 1928.	Opérée au bout de la 12 ^e heure.	Appendice long tortillé, rouge, iliaque.	Appendice enlevé non enfoui.	Suture complète.		Guérie le 7 ^e jour.
Femme 26 ans (56)	14 Septem- bre 1928.	Opérée au bout de la 12 ^e heure.	Appendice sous- cæcal rouge-plein de pus à la poin- te, gangrène à ce niveau.	Réséction d'a p- pendice nou en- foui.	Drain dans le Dou- glas, suture partielle.		Guérie le 16 ^e jour.
Garçon 10 ans (57)	29 Octo- bre 1928.	Opéré au bout de 48 heures.	Appendice gan- gréné, perforé, iliaque.	Réséction d'a p- pendice sans en- fouissement.	Drain dans le Dou- glas, suture partielle.		Guéri le 20 ^e jour.
Femme 20 ans (58)	16 Mars 1928.	Opérée le 3 ^e jour.	Appendice gangréné pelvien.	Appendice réséqué.	Drain dans le Dou- glas, suture partielle.	Colpotomie le 30 mars.	Guérie en 6 semaines.
Femme 35 ans (59)	19 Janvier 1929.	Opérée le 2 ^e jour.	Appendice pelvien gangréné.	Ablation d'appendice.	Drain dans le Dou- glas, suture partielle.		Guérison le 20 ^e jour.
Homme 20 ans (60)	5 Juin 1929.	Opéré au bout de 24 heures.	Appendice méso- cæliaque rouge.	Appendice réséqué.	1 drain suture partielle.		Guéri le 12 ^e jour.
Homme 19 ans (61)	1 ^{er} Février 1929	Opéré le 2 ^e jour.	Appendice méso- cæliaque amputé.	Réséction d'a p- pendice et d'épi- ploon.	Drain et mèche, suture partielle.		Guéri le 24 ^e jour.

Femme 22 ans (62)	5 Mars 1929.	Opérée le 5 ^e jour.	Appendice iliaque rouge.	Appendice réséqué.	Drain dans le Dou- glas, mèche sur le mognon.	Guérie le 25 ^e jour.
Homme 20 ans (63)	16 Septem- bre 1929.	Opérée le 4 ^e jour.	Appendice iliaque gangréné.	Réséction d'appendice.	Drain dans le Douglas.	Guéri le 16 ^e jour.
Femme 30 ans (64)	7 Mai 1929.	Opérée le 2 ^e jour.	Appendice gangréné pelvien.	Appendice enlevé non enfoui.	Drain dans le Dou- glas, drain sous- cæcal, suture par- tielle.	Guérie le 20 ^e jour.
Fille 17 ans (65)	30 Septem- bre 1929.	Opérée à la 12 ^e heure.	Appendice sous- cæcal rouge	Réséction d'ap- pendice non en- foui.	Suture complète.	Guérie le 10 ^e jour.
Homme 50 ans (66)	30 Janvier 1930.	Opéré le 13 ^e jour.	Appendice iliaque perforé.	Appendice réséqué.	Drain dans le Douglas, suture partielle.	Guéri le 20 ^e jour.
Fille 9 ans (67)	7 Janvier 1930	Opérée le 3 ^e jour.	Appendice gangré- né méso-cœliaque rétro-mésen- terique	Réséction d'appendice.	Drain dans le Dou- glas, suture partielle.	Guérie le 20 ^e jour.
Femme 40 ans (68)	11 Février 1930.	Opérée le 4 ^e jour.	Appendice rouge pelvien	Ablation d'appendice.	Drain dans le Dou- glas, suture partielle.	Guérie le 20 ^e jour.
Femme 23 ans (69)	12 Avril 1930.	Opérée la 12 ^e heure.	Appendice iliaque rouge.	Réséction d'appendice	Suture complète.	Guérie le 8 ^e jour.
Homme 35 ans (70)	13 Mai 1930.	Opéré le 5 ^e jour.	Appendice pelvien gangréné.	Appendice enlevé en morceaux.	Drain dans le Dou- glas, suture complète.	Guéri le 21 ^e jour.

Observations avec anses enkystées

GROUPE II

CAS	DÉBUT DE LA MALADIE	DATE DE L'OPÉRATION	LÉSION DE L'APPENDICE	OBSERVATION PENDANT L'OPÉRATION	MODE DE L'OPÉRATION	COMPLICATIONS	RÉSULTAT
A. homme 15 ans (1)	28 décembre 1909.	opéré au bout de 3 semaines.	abcès dans la fosse iliaque droite, 3 poches (on ne	pus vert et lié. cherche pas	3 drains et 1 mèche l'appendice)		guéri en 1 mois.
A. fille 12 ans (2)	23 novembre 1914.	opérée le 16 ^e jour.	gros abcès postéro-latéral. (on ne	cherche pas	2 drains, mèche. l'appendice)		guérison
D. fille 7 ans (3)	19 avril 1922.	opérée le 12 ^e jour.	abcès appendiculaire.	on ne trouve pas l'appendice.	drains et mèche.		guérison en 6 semaines.
homme 15 ans (4)	30 mai 1914.		abcès méso-coelia- que et lombaire droit	incisions bilatéra- le et lombaire, ap- pendice non enlevé.	drain et mèches.	revu en juin 1919, éventration légè- re, aucun trouble.	guérison en 2 mois.
homme 16 ans (5)	9 mai 1918.	opéré le 1 ^{er} jour.	appendice énorme et rouge rétro-iléo-cæcal.	résection de l'appendice.	suture complète.		guéri le 11 ^e jour
homme 24 ans (6)	22 avril 1920.	opéré le 16 ^e jour.	abcès pelvien.	appendice non trouvé.	drain et mèches.		guéri le 24 ^e jour.
filles 12 ans (7)	6 février 1920.	appendice ayant évolué lentement	abcès iliaque.	appendice non trouvé.	2 drains, fer- meture partielle.		guérie le 15 ^e jour.
homme 60 ans (8)	18 mai 1920.	opéré le 4 ^e jour	abcès iliaque.	appendice non trouvé.	drain et mèches.		guéri le 15 ^e jour.

filles 3 ans 1/2 (9)	14 décembre 1920.	opérée le 3^e jour.	absent un énorme calcul et perforé sur son bord con- cave antéro-in- terne Appendice iliaque.	appendice enlevé, non enfoui	3 drains dont un dans le Douglas.	abcès secondaire ouvert dans l'in- testin le 15^e jour.	guérison
garçon 6 ans (10)	7 mai 1920.	opéré le 11^e jour.	appendice gangré- né pelvien.	ablation de l'appendice	2 drains, ferme- ture partielle.	hématurie le 6^e jour.	guéri en 3 semaines
homme 35 ans (11)	26 juillet 1921.		incision d'un ab- cès appendicu- laire iliaque.	appendice pas cherché.	drains et mèches.		guéri le 30^e jour.
femme 39 ans (12)	24 octobre 1921.	opérée le 5^e jour.	abcès iliaque.	appendice non enlevé.	drainage, 1 drain et mèches.	16 mai 1922, abla- tion appendicé- tro - caecal kysti- que.	guérison.
femme 23 ans (13)	6 Février 1921.	opérée le 2^e jour.	appendice long, gros, collé au pé- ritoine et caecum rétro-caecal, non rompu. 2 plaques de gangrène.	appendice enlevé.	petite mèche et su- ture partielle de la paroi.	désunion le 3^e jour	guéri 4 mois après.
femme 29 ans (14)	27 octobre 1921.		2 gros abcès, ap- pendice gangréné à sa partie moyen- ne rétro - caecale adhérent.	appendice enlevé, non enfoui.	drainage, 1 drain et mèches.	le 7 décembre, contre-incision lombaire.	guérie le 25 décembre
garçon 13 ans (15)	12 avril 1921.	opéré le 11^e jour.	appendice rouge énorme mais non rompu au milieu de la fosse iliaque abcès dans le Douglas	ablation de l'appendice.	drains et mèches.		guéri en 6 semaines.

CAS	DÉBUT DE LA MALADIE	DATE DE L'OPÉRATION	LÉSION DE L'APPENDICE	OBSERVATION PENDANT L'OPÉRATION	MODE DE L'OPÉRATION	COMPLICATIONS	RÉSULTAT
garçon 14 ans (16)	13 Septem- bre 1921.	opéré le 8 ^e jour.	appendice sous- cæcal gangrené.	appendice enlevé, non enfoui.	mèche et drain.	fistule stercorale au 15 ^e jour se fer- me spontanément.	guéri en 6 semaines.
homme 70 ans (17)	5 août 1921.		abcès iliaque.	pas d'ablation de l'appendice.	drainage.		guéri le 17 ^e jour.
homme 47 ans (18)	16 décem- bre 1922.		appendice rétro- cæcal amputé.	appendice enlevé, résection épiplœique.	2 mèches, ferme- ture partielle.		guéri en 3 semaines.
homme 31 ans (19)	28 décem- bre 1922.	opéré le 1 ^{er} jour.	abcès app. iliaque	appendice non trouvé.	drainage.		guéri le 28 ^e jour.
femme 25 ans (20)	28 mai 1922.	opérée le 6 ^e jour.	appendice perforé rétro et endo- cæcal.	ablation d'appendice.	drainage.	colpotoomie le 18 ^e jour à la suite de temp. Puis com- plication pulmo- naire.	guérie en 2 mois
femme 63 ans (21)	23 octobre 1922.	opérée le 16 ^e jour.	appendice gangré- né pelvien, abcès pelvien.	ablation d'appendice.	drain et mèches contre ouverture vaginale. draina- ge déclive	occlusion après ci- catrisation le 31 janvier 1923, opé- ration anses a- dhérentes à la ci- catrice.	guérison.
filles 15 ans (22)	16 février 1923.	opérée le 3 ^e jour.	appendice gros perforé au milieu antérieur.	ablation d'appen- dice non enfoui.	2 mèches et 1 drain.	a rendu des asca- ris 1 par la plaie Fistule stercorra- le - Guérie spon- tamment.	guérie en 6 semaines.

garçon 15 ans (23)	7 août 1923.	opéré le 11 ^e jour.	appendice perforé iliaque.	appendice enlevé.	mèches et drains.	fistule stercorale consécutive qui guérit seule. Eventration le 5 février 1926.	guérison.
garçon 17 ans (24)	3 mars 1925.	opéré le 4 ^e jour.	appendice gangré- né sous endo- cæcal.	ablation d'appendice.	suture complète.		guéri le 14 ^e jour.
filie 12 ans (25)	16 juin 1925.	opérée le 8 ^e jour.	abcès appendicu- laire perforé à sa pointe, gangréné, noyé dans épi- ploön enflammé.	résection d'a p - pendice et épiploön.	mèches et drains.	fistule cæcale con- sécutive qui gué- rit spontanément	guéri en 1 mois.
garçon 12 ans (26)	9 juin 1925.	opéré le 3 ^e jour.	abcès app. avec appendice perforé iliaque	ablation d'appendice	drain.		guéri le 18 ^e jour
filie 15 ans (27)	23 juin 1925.		incision par voie externe sous-péri- tonéale d'un abcès de la fosse iliaque externe	appendice non trouvé	drain.		guérie le 31 ^e jour.
homme 38 ans (28)	8 septem- bre 1925.	opér. à la 11 ^e heure.	appendice rouge et gangréné en partie iliaque	ablation d'appendice.	1 mèche, fermetu- re partielle.	abcès de la paroi.	guéri le 15 ^e jour.
homme 49 ans (29)	21 novem- bre 1925.	opéré le 5 ^e jour.	appendice coupé en deux, 2 calculs, gros abcès rétro- cæcal.	ablation d'appendice.	2 mèches, pas de suture.		guéri en 20 jours.
homme 26 ans (30)	15 juillet 1925.	opéré la 12 ^e heure.	appendice rétro- cæcal énorme, dis- tendu par le pus, rouge et adhérent.	appendice enlevé et enfoui.	1 petite mèche, suture partielle.		guéri en 3 jours.

CAS	DÉBUT DE LA MALADIE	DATE DE L'OPÉRATION	LÉSION DE L'APPENDICE	OBSERVATION PENDANT L'OPÉRATION	MODE DE L'OPÉRATION	COMPLICATIONS	RÉSULTAT
homme (31)	12 septembre 1925.	opéré le 4 ^e jour.	appendice gangréné, abcès enkysté pelvien.	appendice enlevé non enfoui.	1 mèche, suture partielle.	abcès de la paroi.	guéri le 17 ^e jour.
femme 20 ans (32)	43 juillet 1926.	opérée le 5 ^e jour.	appendice complètement rétro-cæcal.	résection d'appendice.	1 drain dans le Douglas, 2 mèches.	occlusion entéro-tomie le 18, ne guérit pas. Colotomie en deux temps 22 décembre 1926 20 juillet 1927.	guérison
homme 74 ans (33)	22 janvier 1926.		appendice gangréné pré-cæcal.	résection d'appendice.	drain et mèche.		guéri le 24 ^e jour.
homme 46 ans (34)	24 octobre 1928.	opéré le 5 ^e jour.	abcès iliaque.	appendice non enlevé.	2 drains, 3 mèches.		guéri le 25 ^e jour.
homme 18 ans (35)	17 février 1926.	opéré la 24 ^e heure.	appendice rétro-cæcal, ni rouge, ni gangréné, mais épaissi et à contenu fétide.	ablation et enfouissement.	suture complète.	abcès de la paroi.	guéri en 3 semaines.
homme 47 ans (36)	3 août 1926.	opéré le 5 ^e jour.	appendice énorme rouge, trace de gangrène à la pointe rétro-cæcale	ablation d'appendice enfoui par accolement.	une petite mèche dans le foyer suture partielle.	abcès de la paroi le 15 ^e jour.	guéri le 30 ^e jour.
femme 23 ans	2 mars 1926.	opérée le 3 ^e jour.	appendice gangréné perforation de la paroi.	ablation	2 mèches		guéri le 22 ^e jour.

homme 18 ans (38)	20 janvier 1926.	opéré le 15 ^e jour.	Enorme abcès, appendice gangréné entouré par un chapelet d'abcès pelviens,	ablation d'appendice non enfoui.	2 drains et mèche.	guérison
femme 44 ans (39)	19 août 1926	opérée le 8 ^e jour.	abcès iliaque,	abcès ouverts sans recherche de l'appendice.	drainage.	guérison en 2 mois.
femme 20 ans (40)	16 mars 1926.	opérée le 3 ^e jour.	appendice sous-cæcal gangréné, perforation cæcale.	pus abondant appendice enlevé en morceaux suture du cæcum.	drain et mèches.	guérison
filie 13 ans (41)	11 juin 1927.	opérée le 7 ^e jour	abcès occupant la fosse lombaire, appendice gangréné collé contre la face postérieure du cæcum.	3 mèches contre ouverture postérieure, drain.		guérie le 22 ^e jour.
femme 21 ans (42)	13 janvier 1927.	opérée le 6 ^e jour.	chapelet abcès sur face postérieure cæcum, appendice collé et mené en morceaux, appendice rétro-cæcal.	ablation de l'appendice en morceaux. Pincés à demeure.	mèches et drain, suture partielle.	guérie en un mois.
homme (43)	25 février 1927.	opéré au bout de 48 heures.	appendice endo-cæcal rouge non rompu.	ablation d'appendice.	drain dans le Dou- glas, 3 mèches.	guéri le 17 ^e jour.
femme 78 ans (44)	22 juin 1927.	opérée au bout de 36 heures.	appendice énorme rouge adhérent, rétro-cæcal.	résection d'appendice enfouie.	suture complète.	guérie le 9 ^e jour.

fistule stercorale
En avril 1928 évacuation par orifice cæcal, résection iléo-cæcale avec adossement. Entérotomie et fermeture définitive intra-péritonéale.

le 28 septembre, ablation de l'appendice rétro-cæcal.

fistule cæcale fermée par voie extra-péritonéale. le 2 octobre 1926.

CAS	DÉBUT DE LA MALADIE	DATE DE L'OPÉRATION	LÉSION DE L'APPENDICE	OBSERVATION PENDANT L'OPÉRATION	MODE DE L'OPÉRATION	COMPLICATIONS	RÉSULTAT
homme 29 ans (45)	2 septem- bre 1927	opéré le 4 ^e jour.	appendice gangré- né à sa partie moyenne près du cæcum et séparé en position abcès pelvien,	réséction d'appen- dice et d'épiploon	mèches et drain, suture partielle.		guéri le 25 ^e jour.
garçon 14 ans (46)	18 mars 1927.	opéré le 14 ^e jour,	abcès appendicite et gangréné, perfo- ration. Mésocolia- que cæcum, gan- gréné, perforé, suture.	réséction d'appen- dice et d'épiploon suture du cæcum.	drain dans le foyer mésocolique, 2 mèches sur suture cæcale	le 16 ^e jour, abcès du Douglas que l'on incise à gau- che. Fistule cæca- le avec fermeture spontanée.	guéri en 6 semaines.
homme 17 ans (47)	8 juin 1927.	opéré le 16 ^e jour.	appendice gangré- né, énorme abcès rétro-cæcal	pus abondant ré- section d'appen- dice.	drainage lombaire ouverture postérieure.		guéri le 22 ^e jour.
homme 25 ans (48)	2 mars 1927.	opéré le 4 ^e jour.	appendice rétro- cæcal gangréné abcès	appendice enlevé.	un drain et une mèche		guéri le 34 ^e jour.
femme 24 ans (49)	20 mai 1927.	opérée le 3 ^e jour.	appendice gangré- né rétro-cæcal, abcès.	ablation d'appen- dice.	deux mèches et un drain réunion par- tielle.		guérie le 23 ^e jour.
homme (50)	4 décem- bre 1927.	opéré le 2 ^e jour.	appendice peivien rouge, pus.	ablation d'appen- dice enfoui avec accolement	drain dans le Dou- glas fermeture par- tielle.		guéri le 17 ^e jour.
garçon 16 ans (51)	10 décem- bre 1927.	opéré le 4 ^e jour.	appendice gangré- né, abcès sous cæcal.	réséction d'appen- dice et d'épiploon.	drain dans le Dou- glas fermeture partielle.		guéri le 17 ^e jour.
femme 29 ans (52)	9 mai 1928	opérée le 4 ^e jour.	appendice rouge et tuméfié.	réséction d'appen- dice.	suture complète.		guérie le 15 ^e jour.

femme 54 ans (53)	22 mai 1928.	opérée le 3 ^e jour.	gros abcès, appendice très court entouré de graisse et aspect gangréneux retro-ileo-cæcal.	ablation (d'appendice.	un drain et fermeture partielle.	guérie au bout d'un mois 1/2.
homme 30 ans (54)	22 mars 1928.	opéré le 5 ^e jour.	abcès iliaque.	appendice non enlevé.	drainage.	guéri le 12 ^e jour.
homme 20 ans (55)	9 décembre 1928.	opéré le 5 ^e jour.	appendice rétro cæcal rouge.	résection d'appendice et d'épiploon.	un drain et fermeture partielle.	guéri le 8 ^e jour.
femme 28 ans (56)	7 avril 1928.	opérée à la 18 ^e heure.	appendice rétro-cæcal adhérent.	ablation d'appendice.	fermeture complète.	guérie le 6 ^e jour.
femme 35 ans (57)	1 ^{er} février 1928.	opérée le 16 ^e jour.	abcès, appendice amputé à sa partie 1/2 gangréné, rétro-cæcal. Le reste de l'appendice n'a pu être trouvé.		drainage et mèches.	guérie le 21 ^e jour.
femme 51 ans (58)	31 janvier 1928	opérée le 4 ^e jour, enceinte de 2 mois 1/2.	appendice gangréné sur la ligne médiane, il adhère à la face antérieure de l'utérus.	ablation d'appendice non enfoui.	drain dans le Douglas.	3 ^e jour avortement curetage. 9 ^e jour colpotomie
femme 30 ans (59)	30 mars 1928.	opérée le 5 ^e jour.	abcès app. gangréné rompu au milieu, app. iliaque.	appendice enlevé non enfoui.	une mèche et un drain suture partielle.	guérie le 21 avril.
filie 10 ans (60)	2 mai 1928.	opérée le 8 ^e jour.	incision, un abcès iliaque.	appendice non cherché.	drainage par couthouc ondulé.	guérison
garçon 8 ans (61)	28 février 1929.	opéré le 7 ^e jour.	appendice rétro-cæcal perforé, abcs.	ablation de l'appendice	drains et mèches	guéri le 15 ^e jour.
homme 24 ans (62)	28 mai 1929.	opéré le 2 ^e jour.	app perforé gangréné retro-cæcal.	ablation de l'appendice non enfoui.	un drain dans le foyer réunion partielle.	guéri le 25 ^e jour.

CAS	DÉBUT DE LA MALADIE	DATE DE L'OPÉRATION	LÉSION DE L'APPENDICE	OBSERVATION PENDANT L'OPÉRATION	MODE DE L'OPÉRATION	COMPLICATIONS	RÉSULTAT
femme 62 ans (63)	17 septem- bre 1929.	opérée le 5 ^e jour.	appendice rétro- cœcal adhérent, a- vec pus autour	appendice enlevé non enfoui.	un drain réunion partielle.		guérie le 25 ^e jour.
femme 20 ans (64)	8 octobre 1929	opérée le 3 ^e jour	abcès, appendice gangréné rétro-cœcal.	ablation de l'ap- pendice non en- foui.	un drain, suture partielle.		guérie le 15 ^e jour.
garçon 8 ans (65)	12 septem- bre 1929.	opéré le 3 ^e jour.	appendice sous- cœcal gangréné.	appendice enlevé non enfoui.	drain dans le foyer suture par- tielle.	abcès secondaire. Par la plaie sortie d'ascaris, pas de fistule.	guéri au bout d'un mois.
femme 52 ans (66)	31 janvier 1930.	opérée le 4 ^e jour.	appendice adhé- rent rétro-iliaque	appendice enlevé non enfoui.	drain dans le Dou- glas suture par- tielle.		guéri le 28 ^e jour.
filie 7 ans (67)	9 mars 1930.	opérée le 7 ^e jour.	appendice gangré- né pelvien, abcès.	appendice enlevé non enfoui	drainage par ca- outchouc ondulé, suture partielle.		guérie en un mois.
filie 9 ans (68)	29 mars 1930	opérée au bout de 24 heures.	appendice très long rétro-cœcal, plein de pus à l'extrémité.	ablation d'appen- dice non enfoui.	suture complète.		guérie le 8 avril.
filie 15 ans (69)	14 avril 1930	opérée le 2 ^e jour de crise.	appendice gangré- né et perforé ré- tro-cœcal, abcès.	appendice enlevé non enfoui.	drainage par ca- outchouc ondulé suture partielle.		guérie le 15 ^e jour.
femme 41 ans (70)	20 mai 1930.	opérée le 2 ^e jour.	app. rétro-cœcal adhérent, perforé à la base.	appendice enlevé enfoui par point non perforants.	drainage par ca- outchouc ondulé suture partielle.		guérie le 16 ^e jour.

BIBLIOGRAPHIE

BROCA. — *Progrès Médical*, 5 Août 1922.

BROCA. — Appendicite, 1 vol.

CADENAT. — *Bulletins et mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, n° 26, octobre 28.

G. PASCALIS. — Appendicite et volvulus cæcale. *Presse Médicale*, 4 décembre 1929.

LUTAUD. — Société des Chirurgiens de Paris, 2 décembre 1927.

MEYER. — *American journal of Surgery* (New-York) n. s. Vol. V, n° 4, octobre 1928.

NICOLAS. — (Discussion) Société des Chirurgiens de Paris, 16 novembre 1928.

DAVESNE et RENARD. — *Annales de l'Institut Pasteur*, Paris, t. XLII, n° 10, octobre 28.

TOLAMON. — Appendicite.

JALAQUIER. — Article Appendicite du traité de Chirurgie, 2^e édition. Paris, 1898.

FORQUE. — *Pothox. externe* Vol. II.

KIMISSON. — Importance de l'hyperesthésie cutanée comme signe de la gangrène et de la perforation appendiculaire. *Bulletin Médical*, 18 Mai 1912.

CHARLES METZGEN. — Le syndrome de la colique appendiculaire. *Bulletin Méd.*, 1905.

MAC BURNEY. — Douleur à la pression. *New-York Médical*, janvier 1889.

ANDRÉ CHALIER. — Considérations pratiques sur l'appendicite aiguë et sur son traitement. Notes pratiques d'actualité médicale, octobre 1927.

TERRIER. — *Revue de Chirurgie*, 1900.

DIEULAFOY. — Communication à l'Académie de Médecine, 8 Novembre 1908.

SCHWARTZ. — *Bull. et mémoire de la Société de Chirurgie*, 24 décembre 1904.

GUINORD. — *Bull. et mémoire de la Société de Chirurgie*, 10 décembre 1902.

VINCENT. — *Bull. médical de l'Algérie*.

JALAQUIER. — *Bull. et mémoire de la Société de Chirurgie de Paris*, 26 février 1895.

SICORD. — *Presse Médicale*, 11 janvier 1905.

AL. PISSOY. — Les frissons dans l'appendicite. *La Clinique*, 23 avril 1909.

BROCA. — Troubles réflexes du pouls dans l'appendicite. *Presse Médicale*, 15 janvier 1908.

CABANNE. — Les modifications anormales du pouls dans les états péritonéaux. *Thèse*, Lyon, 1911.

E. BONNEAU. — Contribution au diagnostic des appendicites. *Rev. Gén. de Ch. et Thérap.*, 1919.

CHAUFFARD. — De l'appendicite (*Revue gén. clin. et thérap.*, 1919).

JALAQUIER. — *Traité de Chirurgie de Duplay*.

LENORMANT. — Traitement de l'appendicite aiguë. *Presse Médicale*, 20 décembre 1919.

BILLET. — Fermeture systématique du péritoine dans l'appendicite suppurée d'origine appendiculaire. *J. des Sciences Médicales de Lille*.

- CODENART. — Quelques cas graves d'appendicite aiguë. *Presse Médicale*, 17 juin 1925.
- G. BRUN. — *Thèse de Paris*, 1918.
- CADET et PATEL. — Rapport au XXXVI^e Congrès français de Chirurgie de Paris (octobre 1927).
- CHALIER. — Drainage de l'appendicite aiguë. Congrès de Chirurgie, 1926, p. 235.
- J.-L. FAURE. — Drainage dans l'appendicite à chaud. *Presse Médicale*, 7 octobre 1925, p. 1.329.
- GOGUILLON. — Traitement des péritonites généralisées suppurées d'origine appendiculaire par la fermeture du péritoine. *Thèse de Lille*, 1926-1927.
- HARTMANN. — Rapport au Congrès français de Chirurgie de Paris, 1911.
- LECÈNE. — Discussion. Société de Chirurgie, Paris, 20 octobre 1920.
- OMBRÉDANNE. — Fermeture sans drainage des appendicites à chaud et des péritonites appendiculaires. S. de Chirurgie, Paris, 1920.
- ROUFFART. — Du traitement de l'appendicite aiguë. *Bruxelles médical*, 6 décembre 1928, p. 173.
- Discussions de la Société de Chirurgie de Paris, 2 Juillet 1919, p. 1.038-1.030.
- Discussion sur le Mikulicz. J.-L. Faure, Quénu, Savariaud, J.-L. Faure, Pauchet, Tuffier, Quénu, Bardet, Savariaud, Rochard, Wiard, J.-L. Faure, Reynier, Hartmann, Pierre Delbet, 23 juin 1920, p. 956-965.
- OMBRÉDANNE. — Fermeture des appendicites à chaud et des péritonites appendiculaires. Discussion Tuffier, 20 octobre 1920, p. 1.150-1.157.

